TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Gabriel MIGINIAC

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE





1920



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Gabriel MIGINIAC

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE



1920



TITRES

Externe à l'Hôpital de Limoges, 1902

Interne à l'Hôpital de Limoges, 1904

(MM. les Professeurs Chénieux et Lemaitre, Donnet, Thouvenet, Boulland)

Externe des Hôpitaux de Paris, 1904

dans les services de :

M. Cunéo, chirurgien des hôpitaux, agrégé, Charité (1905-1906).

M. Lamy, médecin des hôpitaux (1906-1907). (Annexe de l'Hôtel-Dieu).

M. Belin, médecin des hôpitaux (1906-1907). (Annexe de l'Hôtel-Dieu).

M. Thiroloix, agrégé, médecin de la Pitié (1907-1908).

Interne provisoire des Hôpitaux de Paris, 1908

dans le service de :

M. Griffon, médecin du bastion 29 (contagieux) (1908-1909).

Interne titulaire des Hôpitaux de Paris, 1909 (n° 3, promotion de 54 internes), dans les services de :

M. Ombrédanne, agrégé, chirurgien de Saint-Louis (enfants) (1909-1910).

M. Thiroloix, agrégé, médecin de la Pitié (1910-1911).

M. Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1911-1912).

M. Boissard, accoucheur de Lariboisière (1911-1912).

M. Ménard, chirurgien Hôpital maritime de Berck (1911-1912)

M. Ricard, agrégé, chirurgien de Saint-Antoine (1912-1913).

Docteur en médecine, 1913

Membre adjoint de la Société Anatomique, 1913

Lauréat de la Faculté de Paris (Prix de thèse) (Médaille de bronze)

Aide de Clinique Chirurgicale, Faculté de Toulouse
(Service du Professeur Jeannel (Janvier 1914).

Membre de l'Association Française de Chirurgie, 1914

Membre Correspondant de la Société de Chirurgie de Toulouse, 1914

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse (Service du Professeur agrégé Caubet)

SERVICES MILITAIRES PENDANT LA GUERRE

45 mois de présence aux armées (*12e Corps*) sans évacuation, ni relève : dans un corps de troupe, des ambulances divisionnaires et une ambulance chirurgicale de C. A.

Mobilisé le 4 août 1914, au 326e Régiment d'Infanterie (Brive) — Dépôt — *Chirurgien de la Place.*

Médecin du 9e Bataillon de marche du 126e Régiment d'Infanterie, arrivé aux armées le 6 mai 1915 (12e C. A. - 24e D. I.) — Lorraine.

Ambulances de la 24e Division d'Infanterie, le 10 août 1915 (Amb. 15/11 et 7/12).

Agnès-les-Duisans
Habarcq
Haute-Avesnes
Mareuil-sur-Scarpe
} 1915-1916 (Artois)

Affecté le 5 avril 1916, à Verdun (Glorieux-Baleycourt) à l'ambulance 3-12, et chargé des *fonctions de chirurgien en chef* — Grands blessés intransportables du 12e C. A. — Fonctions remplies sans interruption dans la même ambulance jusqu'à la démobilisation.

Verdun-Baleycourt (avril, mai, juin 1916).
Glennes (Chemin des Dames, juillet 1916).
Cappy-sur-Somme (novembre 1916 à février 1917).
(Poste souterrain)

Somme-Tourbe (mars, avril, mai 1917).
Suippes (1917)

Front Italien (1er décembre 1917) :

Asolo (Secteur du Grappa).
Conco (Plateau d'Asiago) (mars à octobre 1918).
Castelfranco (Secteur du Piave) (octobre, novembre 1918).
Vicence (après l'armistice).

Affecté à la 17e Région, *chirurgien* de la Place d'Agen (15 février 1919).

Démobilisé : 3 mars 1919.

Cité à l'ordre du 12e Corps d'Armée (28 juillet 1916)

Titulaire de la Croix de Guerre Italienne (1918)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Étude sur les plaies de l'abdomen d'après 24 observations inédites (Thèse de Doctorat, Paris 1913).

Nous n'avons pas l'intention de faire un travail d'ensemble, une revue générale sur les plaies de l'abdomen. Nous n'avons pas la prétention d'apporter une idée nouvelle concernant le traitement de ces plaies. Nous voulons simplement tirer parti des observations que nous avons eu l'occasion de recueillir pendant notre internat, pour insister sur la difficulté du diagnostic — et du pronostic — dans beaucoup de cas, en pratique.

Dans le service de notre regretté maître Guinard à l'Hôtel-Dieu, et dans le service de M. Ricard à Saint-Antoine, nous avons observé et opéré 13 blessés d'abdomen :

1 plaie du foie et de l'estomac (doubles perforations) (revolver) ;

1 plaie du rectum et ligament large (revolver) ;

1 plaie du côlon transverse (revolver) ;

1 plaie de l'estomac et de l'intestin (couteau) ;

2 plaies du foie (couteau et revolver) ;

1 plaie de l'épiploon (revolver) ;

1 plaie avec hernie épiploïque (couteau);

4 plaies simples, pénétrantes ou non (couteau);

1 contusion avec traumatismes multiples.

Sur ces 13 blessés, opérés par nous, 12 ont guéri. Nous avons enfin recueilli d'autres observations (11 obs.) grâce à l'obligeance de nos collègues : tous ces cas ont été observés par nous, les blessés ont été opérés devant nous. — Nous ne parlerons, dans ce modeste travail, que de choses *vues* et *vécues*.

Il nous eût été bien facile de trouver dans la littérature d'innombrables observations analogues. Nous n'avons pas voulu recourir aux observations d'autrui, pour ne pas nous égarer dans des recherches bibliographiques et pour ne pas nous livrer à un travail de compilation. Ce travail n'est pas autre chose que l'ensemble des réflexions que nous ont inspirées les faits dont nous avons été témoin pendant notre internat.

Tous les blessés dont nous relatons l'observation ont été opérés *immédiatement*, de 30 minutes à 2 ou 3 heures après l'accident. Ce sont des cas de chirurgie de garde. Il s'en dégage l'opinion suivante : il n'est pas possible de faire cliniquement un diagnostic et un pronostic de plaie abdominale, *lorsque la gravité de la plaie ne se manifeste pas d'emblée par des signes évidents et grossiers.* — Ou bien le diagnostic s'impose et « crève les yeux » ou bien il n'est pas possible par le seul examen clinique. Par conséquent, que faut-il faire, en présence d'une plaie bénigne, ou paraissant telle ? C'est ce que nous allons étudier.

Nous discuterons la valeur de tous les signes que l'on peut observer — ou ne pas observer — et nous concluons — comme Chaput l'a fait à la Société de

chirurgie — à la *faillite* de la clinique en matière de diagnostic de plaie de l'abdomen (quand la pénétration n'est pas évidente).

Nous pensons donc que toute plaie bénigne (non pas suspecte, mais seulement bénigne) doit être débridée, agrandie, explorée *de visu*.

Nous consacrerons ensuite un court chapitre à la suture des parois au fil métallique après la laparotomie, et nous terminerons par quelques considérations sur le traitement des plaies de l'abdomen en chirurgie de guerre.

§ 1. — Plaies pénétrantes et compliquées par revolver

Coup de revolver à la région épigastrique. Double plaie du foie. Double plaie de l'estomac. Intervention et laparotomie immédiate (30 minutes après l'accident). Guérison sans incidents, par première intention. — Le 17 décembre 1912, à 1 heure, le jeune P... M..., âgé de 15 ans, jouait avec ses camarades et examinait un revolver chargé. Le coup part par accident et ce garçon reçoit la balle, à bout portant, en plein épigastre. Ses parents le conduisent immédiatement à Saint-Antoine : admission d'urgence à 1 h. 15, dans le service de M. Ricard, salle Dupuytren.

Petit orifice d'entrée, noir, sur la ligne médiane, à deux petits travers de doigt de l'appendice xyphoïde. État général normal, bon facies, bon pouls, état calme, pas de douleurs, pas de vomissements (quoique le blessé ait déjeuné à midi). Ventre souple. Laparotomie

immédiate : il s'agit d'un revolver de petit calibre. En somme, aucun signe fonctionnel local ou général *rationnel* de pénétration. Intervention vers 1 h. 30.

Opérateur, G. Miginiac, interne de garde ; aide, collègue Dutheillet de Lamothe.

Teinture d'iode, gants, chloroforme. (Anesthésie pénible par le fait de nombreux vomissements.)

Laparotomie médiane sus-ombilicale, ne descendant point cependant jusqu'à l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine, du sang *noir* s'écoule en assez grande abondance. Comme le patient pousse, le foie fait hernie et se présente dans la plaie. Nous voyons immédiatement une perforation déchiquetée, sur la face dorsale du lobe gauche : hémorragie noire en nappe qui cesse après la suture de la plaie par deux points isolés de catgut 2, passés avec l'aiguille Doyen, et très mollement serrés. Nous plaçons l'écarteur Ricard.

Examen de l'estomac : l'aide soulève le foie et nous découvrons à la fois une perforation au milieu de la face antérieure de l'estomac et une plaie sur la face inférieure du foie. Nous allons au plus pressé et nous fermons la perforation gastrique (ronde et nette) par deux sutures superposées, non pénétrantes, à la soie, en bourse (aiguilles de couturières demi-courbe). Puis nous plaçons deux points isolés au catgut 2 sur la 2e plaie du foie : nous avons soin de charger beaucoup de substance hépatique, à distance de la plaie et en profondeur.

Toute hémorragie a cessé. Nous décidons alors d'aller explorer la face postérieure de l'estomac. D'un coup de ciseaux, nous ouvrons le mésocôlon transverse en une zone avasculaire et nous attirons ainsi la face posté-

rieure de l'estomac hors du ventre. Comme nous nous y attendions, nous trouvons une seconde perforation. Nous la fermons, comme la première, par deux sutures en bourse superposées, à la soie.

Nous n'avons pas trouvé, dans le ventre, de matières gastriques.

Nous refermons avec deux points de catgut la brèche

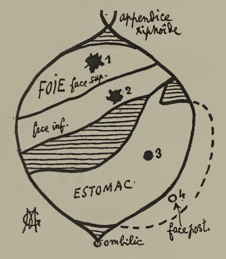


Fig. 1. — Schéma des lésions à l'intervention.
1 et 2, plaies du foie ; — 3 et 4, perforations de l'estomac.

mésocolique et examinons l'intestin grêle, qui nous paraît intact.

Nous plaçons un drain entre le foie et l'estomac et refermons la paroi en un plan au fil de bronze. Durée de l'intervention, 30 minutes.

Suites opératoires : parfaites. La température monte à 38° et redescend à la normale dès le 3e jour. Le drain est enlevé au bout de 48 heures. La guérison se fait sans complication, sans incident, sans suppuration. La

plaie opératoire se réunit aseptiquement par première intention et les fils sont enlevés le 10e jour. Exeat le 20e jour (7 janvier 1913).

Suicide. Coup de revolver à l'épigastre. Signes immédiats d'hémorragie interne. Laparotomie. Hémorragie par double plaie du foie. Suture du foie. Guérison. — Mme Odette B..., âgée de 19 ans, se tire un coup de revolver, le 28 septembre 1912, vers 6 heures et demie du soir. Admission d'urgence à Saint-Antoine vers 7 heures et quart, dans le service de notre maître M. Ricard, salle Lisfranc.

Le facies est cyanique à tel point que nous pensons à une plaie du cœur, en voyant la malade dans la voiture d'ambulance. Mais nous constatons à l'épigastre l'orifice d'entrée d'une balle de revolver (calibre, 5 millimètres), à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, un peu plus près de l'appendice xiphoïde que de l'ombilic. La plaie est noire, « brûlée », comme recouverte de goudron. Pouls insaisissable. Bruits du cœur très accélérés (mais d'intensité normale), facies *bleu*, nez froid, langue froide, extrémités froides et respiration rapide. Pas d'hémoptysies, pas de paraplégie. Sonorités pulmonaires normales. Ventre indolore mais contracturé. Lucidité d'esprit intact.

Nous pratiquons immédiatement une laparotomie.

Opérateur : Miginiac, interne de garde ; aide, collègue Porak. Notre collègue Dutheillet de Lamothe assiste à l'opération.

Chloroforme, peau à la teinture d'iode, gants.

Au moment où la peau est incisée, 10 minutes à peine

sont écoulées depuis que la malade a été amenée à l'hôpital.

Laparotomie verticale ombilico-xiphoïdienne sur la plaie (à 1 centimètre de la ligne médiane).

Une grande quantité de sang s'écoule du ventre. L'estomac fait hernie et se présente : il est intact sur ses deux faces. Nous mettons en place l'écarteur abdominal de Ricard et nous découvrons une plaie du foie, plaie déchiquetée en cratère où l'on peut loger l'index ganté, fissures radiées en étoile, forte hémorragie de sang noir, en nappe, inondant le champ opératoire. La plaie siège sur la face dorsale du lobe gauche.

Avec la grande aiguille Doyen, nous passons, à distance des lèvres de la plaie, trois points isolés de gros catgut. Nous avons soin de charger beaucoup de substance hépatique. Les trois points sont serrés et noués *très mollement*, lentement. L'hémorragie cesse dès que l'affrontement est réalisé.

Nous soulevons alors le foie en haut et nous voyons du sang noir (en petite quantité) sourdre de la face inférieure, mais très loin, près du bord postérieur, tellement loin qu'il est impossible d'aller placer un fil de suture en ce point. L'estomac est attiré en bas, et nous découvrons alors une zone ecchymotique, une sorte de tache sanguine, un petit hématome *sur le cardia* et à côté du cardia, dans le petit épiploon, vers la faux de la coronaire. Pas de perforation du cardia. Nous comprimons l'estomac. Rien ne sort à ce niveau, ni liquide, ni gaz. Il n'y a pas d'hémorragie artérielle, mais un suintement noir, en nappe, sous lequel le doigt sent la pulsation de l'aorte abdominale. La compression fait cesser cette hémorragie. Nous nous déci-

dons à placer dans la profondeur, dans la région cœliaque, une mèche et un petit drain (entre foie et estomac). Le drain et la mèche sortent du ventre par la plaie primitive. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze. Deux crins cutanés supplémentaires. Grâce au sérum injecté sous la peau, le pouls est remonté à 110. L'opérée se réveille vite.

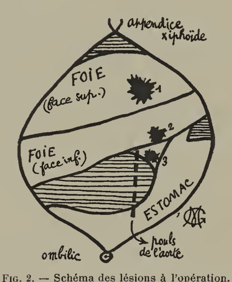


Fig. 2. — Schéma des lésions à l'opération.
1 et 2, plaies du foie; — 3, plaie de faux de la coronaire.

Dans la soirée, 3 litres de sérum sous la peau ou dans le rectum (goutte à goutte), 20 centimètres cubes d'huile camphrée.

A 11 heures du soir, pouls à 100, bien frappé, régulier; lèvres recolorées, mais le nez et les extrémités ne se réchauffent pas encore : température normale.

Suites opératoires : simples et favorables ; la température oscille d'abord de 38 à 39, puis dès le 5e jour tend à baisser pour redevenir normale le 7e jour. Mèche

enlevée le 3e jour, drain le 4e. Pas un vomissement. Bon pouls. Selles et gaz. Ventre souple. Mictions normales. Le 10e jour, les fils sont enlevés. Le tiers supérieur et le tiers inférieur de la plaie sont réunis aseptiquement. Le tiers moyen suppure (plaie primitive par la balle). Cavité béante, pansée à plat, aspiration quotidienne. Dès le 15e jour cette petite suppuration n'existe plus. Applications de nitrate d'argent. État général parfait. La malade se lève le 17e jour.

La malade sort de l'hôpital, guérie, le 19 octobre, après 3 semaines de séjour dans le service. La guérison est complète le 1er novembre.

Une radiographie a montré alors que la balle est logée dans la base du poumon gauche, à deux doigts du bord latéral du thorax, à la hauteur du 10e espace intercostal.

Suicide. 2 coups de revolver. Premier coup dans l'abdomen. Second coup dans l'oreille. Laparotomie immédiate. Plaie de l'épiploon. Extraction secondaire de la balle cranienne. Guérison. — Le 3 juin 1911, Louis de R..., âgé de 73 ans, tente de se suicider en se tirant un premier coup de revolver au cœur et un second dans l'oreille droite.

Le blessé est conduit immédiatement à l'Hôtel-Dieu, à 6 heures et demie du soir. Admission d'urgence, salle Saint-Côme, dans le service du regretté docteur Guinard, notre maître. Lucidité d'esprit intacte. Ni excitation, ni obnubilation. Calme absolu du blessé. Oreille, cou, face, souillés de sang. Nous constatons l'existence de 2 blessures par balle, à savoir : 1° un orifice noir et déchiqueté à l'oreille droite, dans

la cavité de la conque, en avant de l'anthelix, au-dessus et en arrière de l'orifice du conduit auditif; 2° orifice noir et arrondi, au niveau de l'espace de Traube, sur le rebord costal, au niveau de la 8e côte.

Aucun signe d'accident intra-cranien : pouls à 80 et régulier, pupilles normales, pas de torpeur, pas d'hémiplégie ni de parésie. D'ailleurs, à bien regarder, on voit la balle enchâssée dans l'os.

Aucun signe abdominal. Ventre souple, indolore, sonore, pas de signe local ni général permettant de penser à quelque lésion abdominale. Pas de signe d'hémorragie interne en particulier. Bon pouls et bon facies.

Aucun signe thoracique, ni toux, ni hémoptysie, ni dyspnée. Sonorité et respiration normales. Bruits du cœur normaux.

La situation est donc celle-ci : *Il n'y a rien à faire pour l'instant ni dans le crâne, ni dans le thorax, mais l'abdomen ?* La balle a-t-elle filé dans le thorax ou dans le ventre? Si cette seconde hypothèse est vraie, il faut faire une laparotomie. Le blessé ne peut dire si l'arme était dirigée en haut ou en bas. Dans le doute que nous avons sur la conduite à tenir, nous prions notre maître Guinard de venir voir le blessé. Notre maître juge nécessaire d'ouvrir le ventre, et veut bien nous faire opérer en sa présence, à 7 heures du soir (30 minutes après l'arrivée du blessé).

Opérateur, Miginiac, interne de garde; aide, docteur Piquand.

Le docteur Guinard, chef de service, assiste à l'opération.

Gants, peau à la teinture d'iode. Anesthésie générale au kélène d'abord, puis au chloroforme.

Incision latérale gauche, suivant le rebord du thorax et passant par la plaie. Dès que la pénétration abdominale est démontrée, l'incision est agrandie jusqu'à la ligne médiane et atteint 13 ou 14 centimètres. Foie intact (lobe gauche), estomac intact, rate intacte (puisqu'il n'y a pas grande quantité de sang dans l'hypocondre), côlon intact, l'épiploon est blessé, près de la grande courbure. Orifice noir, saignant. L'épiploon est déjà infiltré et truffé. Un petit jet de sang coule dans le ventre.

L'épiploon infiltré est réséqué au-dessus de sa blessure. Ligature en chaîne au catgut n° 2.

La paroi est refaite suivant la technique Guinard. Surjet sur le péritoine, surjet sur le muscle. Bronzes cutanéo-musculaires noués sur une compresse après affrontement de la peau avec agrafes. Un petit drain.

Pansement, puis l'oreille est inondée de teinture d'iode. La balle « tient » dans la profondeur et nous renonçons à l'enlever.

Suites opératoires : favorables. Le 5 juin, nous dégageons au ciseau la balle enchâssée dans le temporal. Elle est aplatie et déchiquetée et nous l'extirpons.

Le 9 juin, fièvre de 40° et expectoration purulente. Congestion pulmonaire bilatérale, souffle tubaire et matité aux bases. Électrargol veineux et huile camphrée. Le malade guérit et la fièvre tombe en quelques jours.

La plaie opératoire suppure. Cavité purulente qui se comble peu à peu par bourgeonnement. La plaie de l'oreille guérit sans incidents. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, guéri, en juillet 1911.

Suicide. Coup de revolver à l'espace de Traube. Aucun signe de pénétration abdominale. Débridement. Pénétration. Laparotomie médiane. Perforation et infiltration sanguine du côlon transverse. Guérison. — Le 2 janvier 1913, à 8 h. 30 du matin, Auguste R..., 56 ans, se tire un coup de revolver, dans une tentative de suicide. Arme de petit calibre et de mauvaise qualité. Le blessé vient à l'hôpital Saint-Antoine à 9 h. 30 et est admis dans le service de M. Ricard, salle Velpeau. Nous le voyons quelques minutes après et intervenons d'urgence vers 10 heures du matin, en présence de M. Labey, chirurgien des Hôpitaux.

Coup de feu sur le rebord costal gauche au niveau de l'extrémité antérieure de la 9ᵉ côte. L'orifice siège sur le versant abdominal du rebord costal. *Le blessé a tiré de droite à gauche et de bas en haut*, affirme-t-il.

Aucun signe pulmonaire : ni dyspnée, ni toux, ni hémothorax, ni hémoptysie. Pouls parfait. Pas de vomissement. Ventre indolore. État général normal. Ni anxiété ni excitation Calme parfait.

Nous décidons d'explorer immédiatement la plaie pour savoir s'il y a pénétration abdominale. Il n'y a pas d'orifice de sortie.

Opérateur, Miginiac, interne du service ; aide, Mlle Patte, externe du service.

Teinture d'iode. Anesthésie locale à la novocaïne à 1/200. Incision verticale de la peau, puis de l'aponévrose. Incision du muscle sur l'orifice d'entrée. En arrivant sur le péritoine, après avoir écarté les fibres musculaires, nous voyons du sang s'écouler de la profondeur et l'épiploon apparaît. Cette exploration a été lente, difficile, et a duré 25 minutes.

Anesthésie générale au chloroforme et laparotomie immédiate.

Incision médiane xipho-ombilical. Écarteur Ricard.

Le côlon transverse apparaît, noir comme un boudin, infiltré de sang. Le méso est également infiltré de sang. Une boutonnière permet d'évacuer des caillots noirs ayant l'aspect et la consistance de confiture et



Fig. 3. — Schéma des lésions à l'opération.

1, orifice d'entrée de la balle; — 2, 3, perforations et infiltration sanguine du côlon transverse; — 4, ombilic.

de raisiné. L'estomac adhère à l'intestin grêle et la face postérieure de l'estomac adhère presque entièrement au mésocôlon transverse et à une anse grêle. Foie intact, estomac intact, intestin grêle intact, mais le côlon transverse est tellement infiltré de sang qu'au premier examen on ne voit rien.

Cependant en y regardant bien, nous découvrons au niveau de la ligne médiane une perforation non douteuse. Nous la fermons par un surjet en bourse à la soie, enfoui lui-même sous une bourse séro-séreuse au catgut oo.

Nous croyons également découvrir dans une zone

hémorragique un point suspect qui nous paraît être une seconde perforation. Rien ne s'en écoule. Cependant nous enfouissons ce point suspect sous une bourse séro-séreuse au catgut oo avec l'aiguille de couturière. Rien ne saigne plus. Nous fermons la brèche que nous avons pratiquée dans le mésocôlon transverse pour explorer la face postérieure de l'estomac. Un drain devant et un drain derrière le côlon transverse. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze. Cette seconde partie de l'opération sous chloroforme a duré 1 heure, en raison de la difficulté de l'exploration des viscères par le fait d'adhérences pathologiques antérieures et d'infiltrations sanguines sous-séreuses.

Suites opératoires : très favorables. Nous enlevons les drains le 4ᵉ jour et les fils le 10ᵉ jour.

Réunion aseptique par première intention. Guérison.

Suicide. Coup de revolver dans la région inguinale droite. Pas de signes de pénétration (trois heures sont écoulées depuis l'accident). Débridement de la plaie, suivi de laparotomie médiane. Ventre plein de sang. Double perforation du ligament large. Double perforation du rectum. Éventration post-opératoire. Mort par suppuration le 66ᵉ jour. — Le dimanche 6 octobre 1912, à 7 heures du matin, la femme M., 47 ans, journalière à Montreuil-sous-Bois, se tire un coup de revolver dans le ventre. Admission à Saint-Antoine, à 10 heures du matin, dans le service de notre maître, M. Ricard (salle Lisfranc). Il s'agit d'une femme *énorme*, très obèse; orifice d'entrée de la balle (revol-

ver de *bazar*) au-dessus de l'arcade crurale droite. Le coup a été tiré de haut en bas, et il se peut fort bien que la balle soit allée dans la fesse ou dans la cuisse sans avoir touché le péritoine, d'autant plus que l'état de la malade est pseudo-normal. Pouls à 80,

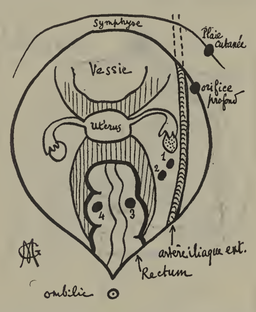


Fig. 4. — Schéma des lésions à l'intervention (position inclinée).
1 et 2, perforations sur le ligament large; — 3 et 4, perforations sur le rectum.

régulier. Pas de douleurs, pas de vomissement. Ventre souple (?) et indolore. Langue humide, facies normal, respiration normale. La plaie est noire et il y a un petit hématome sous-cutané.

Ajoutons que l'urine évacuée par cathétérisme est parfaitement limpide.

Nous décidons de débrider la peau pour voir si le péritoine est intéressé et nous employons d'emblée le

chloroforme et non la novocaïne, en raison de l'obésité de la femme. Intervention à 10 h. 30.

Opérateur, Miginiac, interne du service, aide, collègue Girou; anesthésie, Barreau, Croquefer, Sémelaigne, externes du service.

Gants, teinture d'iode.

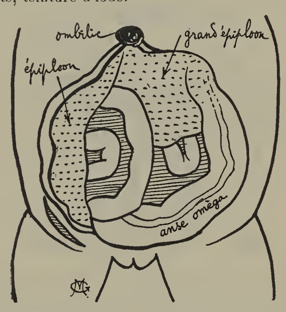


Fig. 5. — Schéma de l'éviscération, le 25 octobre.

1° Incision verticale sur la plaie. Mise à nu de l'arcade. La plaie est bien abdominale et non crurale. Énorme couche de graisse. Débridement de l'orifice aponévrotique, à ciel ouvert. Écartement (pénible) de la plaie musculaire. Dans ce puits, des ciseaux fermés, abandonnés à leur poids, « entrent » librement dans le ventre.

2° Laparotomie médiane sous-ombilicale après suture de la première plaie par un bronze.

Le péritoine, dès qu'on arrive sur lui, est *noir* comme dans inondations de rupture de grossesse tubaire. Dès qu'il est ouvert, un flot de sang noir s'en écoule, comme dans les hématocèles, de gros caillots s'échappent à l'extérieur. Nous évacuons tout ce que nous pouvons enlever à pleines mains et avec des compresses.

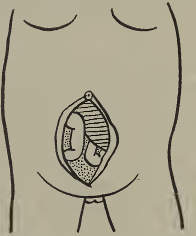


FIG. 6. — Schéma, le 15 novembre.

Puis, à la manière de notre maître, M. Ricard, nous plaçons, en les chiffonnant, trois immenses champs dans le ventre, tassés jusqu'au diaphragme, un à droite, un à gauche, un au milieu. Ces champs sont enfoncés jusqu'à ce qu'ils aient *disparu* dans l'abdomen supérieur. Dès lors l'excavation est vide, libre et le ventre est protégé. L'écarteur Ricard est mis en place et la malade est mise en position inclinée.

Le sang vient du Douglas, à flot, en abondance. Un tampon enfoncé et serré dans le cul-de-sac, à bout de pince, arrête l'hémorragie, et nous découvrons sur

le rectum à la fin du côlon pelvien, deux perforations rondes, symétriques, sur les faces latérales droite et gauche de l'intestin. *La muqueuse fait hernie en entonnoir et déverse dans le ventre des matières fécales* (gros comme une olive sur chaque perforation). Il n'y a pas encore de matières dans la cavité pelvienne, cependant, chaque perforation est enfouie par une suture séro-musculaire en bourse à la soie en un plan. Nous utilisons l'aiguille de couturière montée sur pince de Kocher.

Le Douglas est extrêmement profond et malgré le tamponnement l'hémorragie reparaît. Nous voyons alors 2 perforations sur la paroi postérieure du ligament large droit, au-dessous de l'ovaire, très bas et en dehors, tout près de la paroi pelvienne. Ces 2 perforations sont situées toutes les deux sur la face postérieure, à 1 centimètre l'une au-dessus de l'autre. Rien à la paroi antérieure du ligament large. La perforation supérieure ne saigne pas, la perforation inférieure est le siège d'une forte hémorragie noire en nappe. Chaque orifice est ainsi suturé. Une pince attire en dedans le ligament large, et en haut (pour éviter l'uretère), l'aiguille Doyen transfixe le cône ainsi formé et un catgut est lié deux fois autour des tissus transfixés.

On voit l'orifice profond du trajet pariétal de la balle à 1 centimètre de l'arcade, à quelques millimètres du pouls de l'iliaque externe. Il y a tout autour un hématome sous-séreux.

La vessie est intacte. L'intestin grêle également comme l'anse oméga.

Un drain dans le Douglas. Suture des parois en un

plan au bronze. L'intervention a duré *en tout* 40 minutes, dont 6 minutes pour le débridement explorateur de l'orifice d'entrée de la balle et 34 minutes pour la laparotomie. (La suture au fil métallique a demandé 5 minutes.)

La balle a donc pénétré de haut en bas, de droite à gauche ; elle n'est pas ressortie et doit être dans le périnée postérieur ou la fesse gauche. Nous ne l'avons

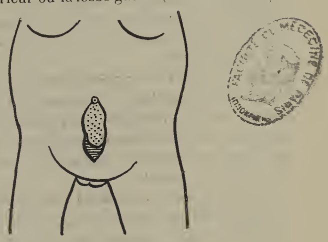


Fig. 7. — Schéma, le 12 décembre.

pas cherchée, naturellement. Après l'opération, pouls à 80, mais affaibli.

Dès son réveil la malade est mise en position de Fowler. Deux chaises sous deux pieds du lit, côté tête. Sérum sous-cutané. Diète, huile camphrée, aspiration biquotidienne dans le drain, tels furent les soins consécutifs. Ajoutons que le soir de l'opération le pouls devint insaisissable, sans être accéléré, comme le montrait l'auscultation du cœur. En 25 minutes l'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'adrénaline

à 1/1.000 ramène le pouls à 75 pulsations et lui donne une force normale.

Dès le 3[e] jour, gaz et selle normale spontanée. Langue humide. Ventre souple et indolore. Ni nausées, ni vomissements. Bon facies. Tout était parfait, sauf la température.

Et le 5[e] jour, nous sommes obligés d'enlever les fils, de désunir la plaie qui suppure et devient rouge et fétide. Il en résulte une vaste surface purulente, avec fausses membranes recouvrant les anses intestinales, 39° tous les soirs.

Lavages à l'eau oxygénée étendue et pansement humide. Le caractère putride disparaît et la vaste plaie est tous les jours lavée au sérum physiologique et pansée avec une toile imperméable de « protective », car les compresses « collaient » aux anses qu'on éraillait à vif à chaque pansement.

Jusqu'à la mort de la malade, ce pansement fut continué chaque jour. Ajoutons que toujours le pouls fut parfait et la langue humide. Le pouls ne dépassa jamais 100 pulsations.

La température oscille de 38 à 40°, jusqu'au 20 octobre, reste à 38° du 20 au 30 octobre et, à part quelques ascensions, se maintient ensuite définitivement *au-dessous* de 38°, jusqu'à la veille de la mort.

L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient. Un œdème des membres inférieurs, apparu les premiers jours, a disparu. La malade mange, dort, urine, va à la selle, ne souffre pas. On la considère, dès la fin d'octobre, comme devant guérir. La langue est parfaite, le pouls normal.

La vaste plaie se rétrécit chaque jour, peu à peu,

lentement, régulièrement comme le montrent nos schémas (le jour de la mort, la surface cruentée n'avait pas plus de 5 centimètres de large et s'épidermisait rapidement depuis quelques jours). Tout allait donc bien en apparence.

Le 11 décembre au soir, la température monte à 40°.

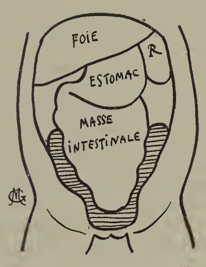


Fig. 8. — Schéma de la cavité purulente (fosses iliaques et Douglas).

Dyspnée, facies péritonéal, langue sèche, œil cave, ventre ballonné à droite et sensible, vomissements, pouls filant. Le 12 au matin, même état, 38°,5. Le 12 au soir, 40°. Coma. Mort dans la soirée.

Autopsie le 14 décembre par notre collègue Brodin : pus plein le ventre ; masse intestinale agglomérée en un paquet qu'il faut sculpter à coups de ciseaux, et vaste cavité purulente dans le petit bassin remontant dans la fosse iliaque droite et dans la fosse iliaque gauche. Dans cette énorme cavité purulente, la masse intestinale plongeait en battant de cloche. Impossible,

dans ce magma de fausses membranes, de retrouver ni le rectum, ni l'utérus, ni les annexes. Cette cavité purulente est tapissée d'une couche épaisse de fausses membranes pyogéniques sous lesquelles on ne reconnaît plus rien.

§ 2. — Plaies compliquées par couteau

Double plaie de l'abdomen par coups de couteau. Pénétration douteuse. Débridement explorateur puis laparotomie. Perforation de l'estomac et de l'intestin. Plaies épiploïques. Ventre plein de matières liquides. Guérison. — Dans la nuit du 7 au 8 décembre 1911, des agents conduisent à l'Hôtel-Dieu la nommée Blanche D. (f. S.), âgée de 18 ans, qui vient d'être blessée dans une rixe aux Halles. Admission d'urgence salle Sainte-Marthe, dans le service de notre regretté maître Guinard, remplacé par M. Desmarest, chirurgien des hôpitaux.

Il existe deux plaies d'aspect « bénin », toutes petites, linéaires, semblant superficielles, longues de 1 centimètre à peine et siégeant l'une au-dessus du pubis, l'autre au-dessous et à droite de l'ombilic. On dirait qu'il s'agit d'un coup de canif superficiel. On ne peut même pas mobiliser les lèvres cutanées. Pas d'hémorragie. Ventre souple. Pas de sang dans la vessie (au cathétérisme). Pouls normal, état anxieux et un peu agité (la malade vient de souper copieusement). Facies normal. Mais deux choses nous frappent : la malade vomit devant nous, et elle est couchée en chien de fusil.

La pénétration est douteuse, quoique probable, et avec nos collègues Velter et Bénard, nous débridons la plaie supérieure, par anesthésie locale à la novocaïne. Après avoir incisé la peau, nous attirons au dehors un morceau d'épiploon et la laparotomie est décidée et pratiquée séance tenante.

Opérateur, Miginiac, interne du service ; aide, collègue Bénard, interne de garde ; anesthésie, collègue Velter, interne de garde.

Chloroforme. Teinture d'iode. Gants. Laparotomie verticale sur la plaie supérieure, un peu à droite de la ligne médiane. Agrandie ultérieurement, l'incision arrive à deux travers de doigt du xiphoïde, et descend à quatre travers de doigt du pubis.

Dès que le péritoine est ouvert, une grande quantité de liquide laiteux, jaunâtre et par moments sanglant, s'écoule à l'extérieur et nous découvrons successivement :

1° Une plaie pénétrante de la paroi antérieure de l'estomac en son milieu, plaie de 5 à 6 millimètres, estomac énorme, occupant la moitié du ventre, plein et distendu. Sous pression de la main, des liquides jaunes (en jet) et des gaz (avec des sifflements) s'en échappent pendant les manœuvres opératoires. La perforation est enfouie par une bourse séro-musculaire au fil de lin avec l'aiguille de couturière.

Cette suture est enfouie sous une seconde suture séreuse également en bourse.

A travers une brèche artificielle pratiquée dans le mésocôlon transverse, nous constatons *de visu* que la paroi postérieure de l'estomac est intacte. Le foie n'a pas été touché non plus.

2° Nous découvrons ensuite une plaie saignante du grand épiploon infiltré de sang et noir.

La partie « truffée » est réséquée après ligature en amont du point qui saigne. Nous enlevons ainsi à peu près la moitié droite de l'épiploon,

3° Nous apercevons ensuite une anse grêle perforée près du cæcum, à la fin de l'iléon. *Les matières s'écoulent librement, liquides*, dans le ventre. La perforation pourrait admettre le calibre d'un crayon. La muqueuse ne fait pas hernie. L'orifice est *béant*.

Enfouissement par deux sutures superposées au fil de lin, en bourse à la Lambert, avec l'aiguille de couturière. Tout autour de la perforation, il y a sur l'anse malade, trois membranes jaune d'or. (L'intervention a été pratiquée environ 45 *minutes après* la blessure.)

4° A 10 centimètres de cette perforation, nous découvrons sur le grêle, en amont, une éraillure non perforante, saignante, sur la même anse, quelques points séro-séreux enfouissent cette petite lésion.

Toutes ces lésions ont été « vues » sans être « recherchées » méthodiquement. Cette besogne étant terminée, nous examinons méthodiquement le tube digestif, du duodénum au cæcum. Nous examinons l'anse oméga. Nous faisons incliner la malade et nous examinons le petit bassin : la vessie est intacte. Rien ne saigne nulle part. Nous épongeons les liquides. Le ventre est refermé en un plan au fil de bronze, un drain en haut, un drain en bas au Douglas. Durée de l'opération : 1 heure. Pouls à 80.

Voici les suites : température élevée, en plateau de 38 à 39°. Bon pouls quoique rapide à 120. Malade mise en position assise de Fowler. Gaz par l'anus le 3e jour.

Aspiration dans les drains. Selle le 5e jour spontanément. Pas de vomissements. L'aspiration biquotidienne ramène des drains, des liquides sanguinolents en haut et en bas dès le 4e jour.

Le 18 décembre (10e jour), les bronzes sont enlevés. Quelques gouttes de pus s'écoulent par le fil du milieu. La paroi tient bien. Iode. Puis apparaît un œdème considérable des grandes lèvres et du pubis, jusqu'à la paroi abdominale.

20 décembre. — 39°,5 de température et pouls à 130, paroi rouge sensible. Nous la désunissons d'un coup de sonde cannelée et créons ainsi une surface ovalaire, rouge, tomenteuse, purulente, soulevée par les anses intestinales visibles par leurs mouvements. Lavages oxygénés et pansements humides. Puis cette surface bourgeonne et prend bon aspect. A partir du 25 décembre, la température tombe à 38°.

En janvier 1912, quand nous quittons le service, la malade est en bon état. Température oscillant de 37 à 38°. La plaie rétrécie et propre, ne suinte plus.

Le 12 février, nous revoyons la malade qui circule dans la salle et a repris bon aspect. La plaie est à peu près cicatrisée.

Le 25 février 1912, la malade parfaitement guérie, sort de l'Hôtel-Dieu, après trois mois de traitement à l'hôpital.

Coup de couteau à l'épigastre. Pénétration évidente. Laparotomie. Hémorragie. Plaie du foie (suture). Guérison. — Joseph R... (sujet espagnol), 24 ans, ébéniste, est frappé d'un coup de couteau dans la nuit du 25 au 26 mai 1912. Admis à Saint-Antoine à 2 heures

du matin, salle Velpeau, dans le service de notre maître, M. Ricard.

Le blessé est venu à pied à l'hôpital. Il présente une large plaie de 4 centimètres de longueur et 2 centimètres de large, béante, ouverte, à gauche de la ligne médiane à un travers de doigt à peine du xiphoïde. La plaie a beaucoup saigné et saigne encore. Sang noir en nappe. Et à chaque inspiration un *gargouillement* bruyant se produit au niveau de la plaie et l'hémorragie augmente régulièrement à ce moment.

Facies coloré, pouls excellent, à 100, bruits du cœur normaux. Pas d'hémoptysie. Le coup a été donné de bas en haut par un compatriote compétent à ce jeu. La lame n'a certainement pas pénétré dans le thorax, mais une laparotomie s'impose sans discussion. Teinture d'iode. Chloroforme.

Opérateur, Miginiac, interne de garde ; aide, collègue Séguinot.

Incision en baïonnette pour éviter l'ombilic et utiliser la plaie. L'incision part à gauche du rebord thoracique et descend verticalement (il a fallu, pour explorer le foie, la prolonger vers la droite, au-dessus puis à droite de l'ombilic).

Avec des valves abdominales nous découvrons la face convexe du foie ; et sur le lobe gauche, mais très haut, sur le sommet de la face convexe, nous voyons une plaie antéro-postérieure nette, béante, longue comme les deux dernières phalanges de l'index gauche. Il s'en écoule du sang noir en assez grande abondance pour gêner la suture et rendre pénible la luxation de l'organe. En profondeur cette plaie peut avoir 3 centimètres environ.

Pour qu'il soit possible de voir la plaie, l'aide doit faire un effort pénible et continu en tirant en haut sur une grande valve.

Avec l'aiguille Doyen nous passons six gros catguts n° 2 à points isolés, en chargeant beaucoup de substance hépatique, surtout en profondeur. Il ne reste pas d'espace mort. Ces fils sont noués et serrés *très mollement*. L'hémorragie cesse. Examen de la face inférieure du foie : rien d'anormal.

Cependant un léger suintement rouge reparaît sur la face du foie. Une mèche est tassée entre foie et diaphragme, lequel paraît intact, et l'est sûrement en raison du siège de la plaie hépatique. Un petit drain est glissé sous la mèche sans aller aussi profondément.

Paroi au bronze en un plan. Mèche et drain sortent par la plaie primitive, à la partie supérieure de l'incision.

Suites : parfaites. Pouls normal, pas d'ictère ni de fièvre (38° les deux premiers jours).

Le 28 mai la mèche est enlevée et l'aspiration est pratiquée dans le drain avec le Potain et une sonde Nélaton : liquide marron sans odeur. Le drain est enlevé le 29.

Le 1er juin, il faut désunir la moitié supérieure de la plaie (siège de la plaie traumatique), car il s'y est formé un peu de pus.

La moitié inférieure se réunit par première intention.

Guérison complète en 15 jours et le blessé est envoyé à Vincennes en convalescence, 35 jours après l'opération. Revu le 9 juillet le blessé est complètement guéri.

Coup de couteau dans le flanc gauche. Plaie bénigne. Pénétration improbable. Débridement explorateur. Hernie épiploïque sous-cutanée. Laparotomie. Guérison. — Charles M..., sujet italien, âgé de 40 ans, est conduit à l'Hôtel-Dieu le 11 novembre 1911, à 11 heures du soir, blessé de plusieurs coups de couteau. Il vient à pied, soutenu par des agents. Admission salle Saint-Côme, dans le service de notre regretté maître Guinard, remplacé par M. Desmarest, chirurgien des hôpitaux.

Petite plaie dans le flanc gauche, lèvres collées, non mobilisables, pas d'hémorragie. On voit un petit hématome pariétal et un *peloton adipeux* sous-cutané entre les lèvres de la plaie. Pouls normal. Ventre normal. Pas de douleurs. La plaie paraît non pénétrante.

Cependant, M. Desmarest étant absent, nous prions M. Labey, chirurgien de garde, de venir voir le blessé. Malgré la bénignité de son état, le docteur Labey croit également que la plaie n'est pas pénétrante et nous laisse le soin de la débrider sous anesthésie locale, pour nous en assurer. Intervention à minuit.

Opérateur, Miginiac, interne de garde; aide, Colleville, interne provisoire.

Peau à la teinture d'iode. Anesthésie locale avec quelques injections de novocaïne à 1/200. Pendant que nous attendions que quelques minutes se fussent écoulées avant d'inciser la peau, nous eûmes l'idée de saisir avec une pince ce lobule graisseux sous-cutané. Quelle fut notre surprise d'amener ainsi à l'extérieur une longue frange épiploïque!

Anesthésie générale immédiate au chloroforme. Laparotomie verticale sur la plaie. Résection de l'épi-

ploon saisi. Exploration de l'abdomen. Ni matières ni sang dans le ventre. Côlon gauche intact, anses grêles voisines intactes.

La paroi est refermée au bronze en un plan, un petit drain pendant 48 heures.

Suites : parfaites. Guérison par première intention.

Le blessé avait reçu trois autres coups de couteau dans les régions sus-sous-épineuses gauches. Plaies non pénétrantes. Résorption sans suppuration d'un volumineux hématome sous-cutané.

Le 20e jour après l'opération, le blessé, guéri, va à Vincennes, en convalescence.

§ 3. — Plaies pénétrantes simples et non pénétrantes.

Coup de couteau à la région épigastrique. Ivresse. Laparotomie exploratrice. Guérison. — Le 14 juillet 1912, à 5 heures et demie du matin, des agents conduisent à l'hôpital Saint-Antoine un individu ivre et couvert de sang, qui déambulait par les rues en chantant à tue-tête.

Ce blessé, Émile J..., 53 ans, complètement ivre, est en état de violente excitation. Il est impossible de savoir où, quand et comment il a été blessé. Ses vêtements sont couverts de sang déjà sec.

Il ne faut pas songer à palper le ventre et à examiner la plaie, tant le blessé s'agite.

Admission salle Velpeau, dans le service de notre maître M. Ricard. Nous nous proposons de débrider cette plaie à l'anesthésie locale.

L'homme est solidement attaché sur la table d'opération, chante, crie, s'agite. Il faut renoncer à toute tentative d'anesthésie locale. Anesthésie générale au chloroforme. Peau à la teinture d'iode.

Opérateur, Miginiac, interne de garde; aide, Cavaillon, externe des hôpitaux.

Plaie béante de 2 centimètres sur la ligne médiane, plus près de l'appendice xiphoïde que de l'ombilic. Hémorragie par la plaie.

Débridement de la peau au-dessus et au-dessous. Incision de l'aponévrose. Écartement des fibres musculaires avec les écarteurs de Farabeuf.

Nous apercevons le péritoine et croyons entendre un petit sifflement, en même temps un peloton épiploïque apparaît dans le fond de la plaie. Nous ne savons pas si la plaie est vraiment pénétrante, si nous avons ouvert le péritoine sans le vouloir; quoi qu'il en soit, il existe une brèche de 5 ou 6 millimètres dans la séreuse. Immédiatement nous nous décidons à faire une laparotomie xipho-ombilicale, par prudence. Foie intact. Estomac intact. Pas de sang dans le ventre.

Paroi suturée en un plan au fil de bronze. Drain de sûreté pour 48 heures.

Suites : parfaites. Réunion *per primam*. Fils enlevés le 10e jour. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 15e jour (29 juillet). (Un autre coup de couteau dans le triceps brachial droit guérit sans provoquer aucun incident.)

Coup de couteau à l'épigastre. Vaste hématome pariétal. Débridement suivi de laparotomie exploratrice. Guérison. — Louis C., sujet italien, 25 ans, maçon,

est blessé dans la rue et conduit à Saint-Antoine le 10 août 1912, à 11 heures du soir. Admission d'urgence salle Velpeau, service de M. Ricard.

La plaie, nette, linéaire, longue de 10 à 15 millimètres, saigne *beaucoup* et siège au-dessous et à gauche de l'appendice xiphoïde. La plaie occupe le sommet d'un cône formé par un hématome pariétal, gros comme un œuf de poule. En pressant sur la tuméfaction, on évacue des caillots noirs et on fait jaillir du sang rouge.

Pouls à 80. Facies normal. Ventre souple et indolore. Ni douleurs, ni vomissements.

Désinfection à la teinture d'iode. Débridement de la plaie après anesthésie locale par la novocaïne à 1/200. Nous évacuons l'hématome pariétal. La plaie semble aller loin dans la profondeur, à travers le muscle et semble se diriger en haut. Un caillot noir occupe le fonds de ce puits. Le doigt enlève ce caillot et immédiatement du sang rouge s'écoule en abondance, venant de la profondeur. Le bout de l'index passe à travers un diaphragme de consistance fibreuse, au delà duquel on a la sensation d'être dans une cavité libre. Conclusion : le doigt est dans le ventre et le sang doit venir d'une plaie du foie.

Anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie verticale xipho-ombilicale sur la plaie. On voit en arrivant sur le péritoine ceci : il existe un espace décollé derrière l'appendice xiphoïde entre la gaine postérieure du droit et le péritoine qui semble être intact. Le diaphragme perçu par le doigt n'était point une boutonnière séreuse mais aponévrotique. Le doigt n'était pas dans le ventre, mais dans un foyer assez vaste, décollé

par l'hématome entre gaine fibreuse du droit et séreuse. Le sang ne vient pas du foie, mais d'une artère musculaire de la face postérieure du droit, qui est pincée et liée.

Le péritoine n'a pas été incisé. On voit le foie et l'estomac par transparence. Cependant comme la séreuse paraît suspecte en un point, très haut, nous nous décidons à l'ouvrir d'un coup de ciseaux. Pas de lésions intra-abdominales.

Pas de drain. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Guérison sans incidents *per primam*. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 15e jour.

Suicide. Coup de couteau dans le 6e espace intercostal gauche. Coma et cyanose (état de mal, épilepsie subintrante). Craintes de pénétration abdominale. Débridement explorateur. Guérison. — Le 1er novembre 1912, à 4 heures du matin, une voiture d'ambulance amène à Saint-Antoine un individu qui vient de se donner volontairement un coup de couteau « au cœur ». Facies cyanique et livide, torpeur voisine du coma. *Pupilles insensibles*, respiration rare et superficielle. Rictus sardonique des classiques. Nous pensons à une plaie du cœur et faisons transporter le blessé sur la table d'opération (salle Dupuytren, service de M. Ricard) et nous nous disposons à intervenir.

Dès que le blessé est déshabillé et étendu sur la table, nous constatons avec surprise que les bruits du cœur sont parfaits et normaux tant par leur intensité que par leur rythme, et il est évident que le cœur n'est pas touché. Le pouls est bon, à 90. A bien regarder,

la plaie est *au-dessous* du cœur ; la pointe bat dans l'espace intercostal sus-jacent à celui qu'occupe la plaie (laquelle siège donc dans le 6e, peut-être même dans le 7e).

Mais comment expliquer le coma et la cyanose ?

Nous nous perdons en conjectures et nous demandons si le foie ne serait pas touché ou l'estomac. Les poumons ne le sont sûrement pas (respiration et sonorité normales en avant et en arrière) (ni hémo, ni pneumo, ni péricardothorax). Étant donné l'état inquiétant du blessé nous décidons de débrider et d'explorer la plaie et de voir « ce qu'il y a ».

Chloroforme (Clarac). Intervention (Miginiac). Peau à la teinture d'iode. Gants.

Lorsqu'on tire sur la peau en haut, on ne voit rien. Si on tire sur la peau en bas, on voit un puits noir et oblitéré par un caillot, ce qui nous fait penser que le coup a été donné de haut en bas « vers le ventre ». Incision verticale de 6 à 7 centimètres, peau, aponévrose, le muscle est écarté et on voit très nettement que la plaie n'est pas pénétrante. La lame a buté sur le 7e ou le 8e cartilage et on voit que nous avons mis à ciel ouvert le trajet qu'elle a creusé dans les muscles. Suture des muscles au catgut et de la peau aux crins.

Nous n'étions point satisfaits, ne pouvant pas toujours expliquer cet état de cyanose et ce coma. Lorsque survint un agent qui nous apprit que le blessé — rôdeur du quartier — est un épileptique qui *vient d'avoir plusieurs crises, avant d'être conduit à l'hôpital.* Il est en état de prostration post-épileptoïde tout simplement et point n'est besoin d'aller chercher autre chose pour expliquer désormais l'état dans lequel il se trouve.

Ajoutons que notre homme, Émile R., 24 ans, camelot, est un *musée pathologique :* ivre, hérédo-syphilitique (dents d'Hutchinson, front olympien et *kératite*), *blenorragie ancienne* (rétrécissement de l'urètre nécessitant des cathétérismes difficiles), *hémiplégie* infantile gauche, nain, peut-être tuberculeux, enfin le membre supérieur gauche est couvert de cicatrices anciennes et vicieuses, rétractiles, de brûlures.

Guérison *per primam*, sans autre incident qu'une fièvre factice due à une tentative de mystification du malade, qui, passé le 10e jour, chauffait son thermomètre pour nous induire en erreur et nous empêcher de signer son exeat.

Coup de couteau dans le 7e espace intercostal gauche. Craintes de pénétration abdominale. Débridement. Suture. Guérison. — Le 3 novembre 1912, à 3 heures du matin, le jeune R..., René, 19 ans, est amené à Saint-Antoine après une tentative de suicide par coup de couteau.

Il s'agit d'une plaie du 7e espace sur la ligne mammaire gauche. Pas d'hémoptysie ni de pneumo-hémothorax. Cœur normal. Ivresse. Le blessé est venu à pied à l'hôpital et se rend à pied dans le service de M. Ricard, monte lui-même sur la table d'opération. Craignant qu'il y ait pénétration abdominale, nous nous proposons de débrider la plaie, pour l'explorer, avec l'assistance de notre collègue Pruvost.

Peau à la teinture d'iode. Anesthésie locale à la novocaïne à 1/200. Incision verticale. Le trajet se dirige en bas. Débridement de l'aponévrose. Écartement des fibres musculaires. Nous apercevons nettement le fond

de la plaie et la 8e côte. La plaie n'est pas pénétrante. Suture du muscle et de l'aponévrose avec quelques points de catguts. Peau aux crins.

Guérison *per primam* sans incidents.

Shock traumatique. Contusions thoraco-abdominales. Signes progressivement aggravés d'hémorragie interne vraisemblablement intra-abdominale. Laparotomie après 3 heures d'observation. Pas d'hémorragie. Guérison (1). — Le 5 mai 1912, à midi, Marcel R..., âgé de 16 ans, horloger, est renversé par une voiture dont les roues lui passent sur le corps : le blessé aurait été renversé à plat ventre sur le pavé de la rue? Admission à midi 45 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Velpeau, dans le service de M. Ricard, notre maître.

Nous examinons ce garçon avec nos collègues Séguinot et Bougot, à plusieurs reprises et voici ce que nous constatons :

Premier examen, à l'entrée : Fracture non compliquée de deux os de la jambe gauche au tiers moyen. Fracture de une ou plusieurs côtes à gauche. Pas d'hémoptysie. Visage pâle. État de shock. Pouls à 115, faible mais régulier. Le blessé est obnubilé, abattu, prostré, mais répond parfaitement aux questions et se plaint de sa jambe. Ventre souple et so-

(1) Voici une opération qui nous paraît intéressante par ce fait : des accidents devant être attribués au shock traumatique ont simulé l'anémie posthémorragique au point d'imposer une laparotomie 3 heures après l'accident. Il ne s'agit point de plaie, mais de contusion abdominale. Mais nous désirons tirer parti de cette observation pour appuyer cette opinion à savoir : qu'il est parfois impossible (pratiquement) de distinguer le shock de l'hémorragie interne, soit au cas de plaie, soit au cas de contusion. La difficulté pour le chirurgien étant la même dans les deux éventualités au point de vue du diagnostic.

nore, indolore. Une injection sous-cutanée de morphine et d'huile camphrée. 500 grammes de sérum sous la peau.

Deuxième examen (vers 1 heure et demie) : Facies pâle. Respiration rapide et superficielle. Nez froid. Langue froide. Extrémités froides. Lèvres décolorées et légèrement bleuâtres. Regard voilé. Pas d'hémoptysie, pas d'hémothorax. Bruits de crépitation osseuse à l'auscultation du cœur. Parfois bruits de moulin (quand le malade respire amplement). Bruits du cœur normaux, réguliers et retentissants. L'auscultation des poumons est gênée par le bruit que fait le malade en respirant et en se plaignant. Le ventre est toujours souple. Sonorités pulmonaires normales partout.

Nous commençons à redouter une hémorragie interne. Nouvelle injection de sérum.

Troisième examen (2 heures et demie) : Pouls à 125 malgré le sérum et l'huile camphrée. Face de plus en plus pâle. Prostration et somnolence. Ventre toujours souple. La crainte d'une hémorragie s'ancre dans notre esprit.

Quatrième examen (3 heures et demie) : Pouls à 130. Le blessé ne répond plus à aucune question. A peine réagit-il par des mouvements réflexes à la piqûre de la peau. Extrémités glacées. Langue froide. Sueur sur le front et les joues. Pupilles contractées en myosis. Collapsus qui nous paraît grave. Nous admettons que le blessé *saigne* quelque part. L'auscultation est devenue impossible à cause du stertor, mais la percussion montre qu'il n'y a point de sang dans les plèvres ni à droite, ni à gauche, ni en avant ni en arrière. Il y

a même du tympanisme en avant et à gauche. La main perçoit très bien le choc de la pointe du cœur et la crépitation osseuse sur le côté gauche du thorax, en un point seulement. Pas d'hémoptysie. Le malade ne saigne donc pas dans ses plèvres, ni dans son péricarde, ni dans ses poumons.

Il ne saigne point dans le crâne : pas d'hémiplégie, aucun signe de compression (bien au contraire, pouls très rapide). Pas de signe de fracture du crâne ni du rachis et la preuve : la ponction lombaire donne du liquide céphalo-rachidien limpide.

Il n'y a pas non plus d'hémorragie de l'appareil urinaire. Le cathétérisme donne de l'urine limpide. Nous avons la conviction que l'hémorragie se fait dans le ventre et nous décidons de pratiquer, sans plus tarder, une laparotomie, d'accord avec le beau-frère du blessé, docteur en médecine, et présent à l'hôpital. Le patient, en effet, donne l'aspect exsangue et saigné à blanc que présentent les femmes ayant une inondation par rupture de trompe gravide.

Intervention à 3 heures 30 (3 heures et demie après l'accident).

Opérateur : Miginiac, interne de garde ; aide, collègue Bougot ; anesthésie, collègue Clarac.

Teinture d'iode. Éther avec l'appareil d'Ombrédanne. Sérum sous la peau. Nous redoutons la mort sur la table.

Intervention rapide. Laparotomie sus-ombilicale. *Pas de sang* dans le ventre.

Intestin intact, estomac intact, foie intact, rate intacte.

Nous refermons le ventre sans drainer. Suture au

fil de bronze en un plan (6 fils). L'intervention n'a pas duré 15 minutes. Réveil tardif.

En permanence, sérum goutte à goutte dans le rectum, à la Murphy. Huile camphrée toutes les heures. État très grave.

Le lendemain matin, amélioration considérable. Face colorée, lèvres rouges, euphorie. Le blessé parle, raconte son accident. Bon pouls, ample. Température de 38°.

M. Ricard constate, comme nous, qu'il n'y a point d'hémothorax. Mais peut-être (?) un léger pneumothorax. Le blessé fait du bruit en respirant et il est impossible d'ausculter les poumons en arrière. M. Ricard attribue les accidents par nous constatés à des troubles réflexes peut-être sympathiques, par traumatisme violent, thoracique et abdominal?

Les suites furent très bonnes. Guérison opératoire *per primam*.

Deux fils furent noués sur une peau mal affrontée, mais plissée en redingote, d'où un retard dans la réunion, cette partie ayant guéri en bourgeonnant par seconde intention.

Brusquement le 10e jour (jour des fils) la température vespérale monte à 40°. Nous constatons des signes d'épanchement liquide dans la plèvre gauche (ni toux, ni expectoration), matité, souffle. Le liquide atteint l'angle inférieur de l'omoplate, il s'agit d'un hémothorax secondaire et tardif. M. Ricard nous conseille de ne pas ponctionner, même pour confirmer le diagnostic d'hémothorax. Et de fait la température tombe et le liquide se résorbe. Le 25 mai seulement (20e jour), nous évacuons par ponction 700 grammes de sérosité

sanglante. Rapidement la respiration redevient normale et la sonorité également.

Dès la fin de mai, le blessé est debout et circule dans le service avec un appareil de marche de Delbet sur sa jambe fracturée.

Le 8 juin, 33 jours après l'intervention et l'accident, le blessé sort du service guéri, avec une fracture consolidée, maintenue encore jusqu'au 20 juin, par un appareil de marche.

CONCLUSIONS

1° En matière de plaies de l'abdomen la pénétration commande l'intervention d'urgence.

Toute plaie pénétrante — simple ou compliquée — doit être traitée immédiatement par la laparotomie.

2° Le problème clinique à résoudre est donc celui-ci : la plaie est pénétrante ?

Ce diagnostic est pratiquement impossible, dans tous les cas où il ne s'impose pas par des signes évidents et grossiers, on peut bien savoir si la plaie est grave, mais non si elle est bénigne.

3° Lorsque la pénétration n'est pas certaine et indiscutable, la conduite à tenir est la suivante : pratiquer sous anesthésie locale un débridement de la plaie pour l'explorer *de visu*. C'est ce que fera le chirurgien dans tous les cas de plaie bénigne, légère, insignifiante, ou paraissant telle.

S'il n'y a point pénétration on suture la plaie, s'il y a pénétration on fait la laparotomie médiane (arme à feu) ou locale sur la plaie (arme blanche).

4° Après laparotomie la meilleure suture des parois est ici la suture métallique en un plan.

5° La gravité présumée d'une plaie ne doit point être une cause d'abstention opératoire.

De même la bénignité apparente ou réelle de la plaie ne doit point être une raison pour ne point pratiquer le débridement explorateur.

Il faut s'abstenir de toute manœuvre d'exploration à la sonde ou au stylet.

6° Les projectiles d'arme à feu doivent être abandonnés systématiquement dans la cavité et même dans les parois abdominales, sauf exception.

7° Si, pour une raison quelconque, le chirurgien conserve un doute sur la nature de la plaie, il doit pratiquer la laparotomie. Personne ne conteste la possibilité, exceptionnelle, de guérison spontanée. Mais, dans l'état actuel de la chirurgie, la doctrine de la non-intervention n'a plus sa raison d'être. Dans le doute il faut opérer, le blessé n'a rien à perdre et a tout à gagner.

8° Il n'en est point de même en chirurgie d'armée et en temps de guerre : les blessés d'abdomen ne sont pas, ne doivent pas et d'ailleurs ne peuvent pas être opérés, pour des raisons extra-médicales d'ordre matériel qui font que l'intervention serait plus nuisible qu'utile.

En temps de guerre et aux armées, la doctrine de la non-intervention n'est pas la méthode de choix, c'est la méthode de nécessité.

Un cas de syphilis diffuse du névraxe (Syndrome Guillain-Thaon) (*Société médicale des Hôpitaux*, 21 juin 1907). En collaboration avec M. Léon Bernard.

C... entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur Thiroloix, le 1er juin 1907. Il se plaint de douleurs dans les jambes et d'une incapacité progressive à faire son travail. Il exerce le métier de typographe, et il remarque depuis dix-huit mois environ qu'il accomplit avec peine les divers actes de sa profession : il se trompe de lettres, prend un objet pour un autre, manque de précision dans ses mouvements; ces diverses singularités ont attiré l'attention de ses camarades d'atelier, qui ont remarqué que son caractère changeait; en même temps, il devient sujet à des douleurs très violentes, qui surviennent soudainement par crises instantanées, traversent ses membres « comme des éclairs », et disparaissent brusquement. Ces troubles l'amènent à l'hôpital, où il fait un premier séjour l'an dernier, et où il revient maintenant.

C'est un homme grand, d'aspect assez robuste, la physionomie vive et éveillée, et paraissant intelligent. Mais de suite son facies étonne, avec son regard étrange, fixe, à la fois anxieux et comme absent; son élocution troublée témoigne aussi d'un psychisme altéré; mais ces phénomènes n'empêchent pas de reconstituer avec exactitude son histoire. Celle-ci tient du reste en peu de mots : le malade a contracté la syphilis, à l'âge de dix-huit ans, en 1885; il fut soigné par un pharmacien à l'aide d'un traitement antisyphilitique, auquel il se soumit pendant quinze jours, et, depuis, aucun traitement ne fut plus suivi; il présenta

quelques accidents secondaires en 1889-90. Aucune autre maladie, si ce n'est une paralysie radiale droite, qui se développa progressivement il y a quatre ans; jamais de coliques de plomb. Les antécédents héréditaires sont muets. Son histoire pathologique est donc circonscrite à l'existence de syphilis ancienne, de saturnisme, et à un ensemble de phénomènes névropathiques actuels

La syphilis a consigné son passage sur les téguments : la jambe gauche présente sur la malléole interne une ulcération rouge, de la dimension d'une pièce de 2 francs, arrondie, polycyclique, à bords plats et non décollés, à fond un peu granuleux. La face antéro-interne de ce membre, dans son tiers inférieur, et le cou-de-pied sont pigmentés, d'une couleur brun cuivré; sur la crête tibiale, on voit une cicatrice blanche, pâle, lisse, déprimée, grande comme une pièce de 50 centimes. Sur la jambe droite, on constate à la face interne des placards polycycliques, en carte de géographie, colorés en rouge vif, et recouverts d'une desquamation superficielle; sur la malléole interne, sur la crête tibiale, siègent des cicatrices lisses, plates, blanches et déprimées. Le pied droit montre un mal perforant guéri de l'articulation métatarsienne du gros orteil; même lésion au petit orteil du pied gauche.

La paralysie radiale droite offre les caractères classiques de la paralysie saturnine; le muscle long supinateur est respecté; le triceps est intact; nous n'insisterons pas davantage, et nous étudierons au contraire en détail les autres phénomènes nerveux.

L'état psychique sollicite d'abord l'attention; il se caractérise par un certain affaissement de l'intelligence,

qui s'accuse plus par des singularités que par des marques évidentes de déchéance; il n'y a ni perte de la mémoire, ni perte de l'auto-critique; la conversation peut se poursuivre sans lacunes. Mais le malade ne comprend pas toujours de suite ni du premier coup ce qu'on lui dit; il confond les objets; le matin, au réveil, il n'a pas le sens exact de sa résidence, ne reconnaissant ni les infirmiers, ni ses voisins; s'il quitte la salle, il ne retrouve pas son lit au retour, et monte dans celui d'un autre malade; la nuit, il s'agite, fait et refait machinalement son lit, cherchant ses draps ou d'autres objets, ne se rappelant plus la place où il les a déposés. Mais il n'existe ni d'idées délirantes, ni confusion mentale; on ne constate pas d'incorrection de tenue ni de langage, pas de violences dans le caractère, ni dans la parole. Le malade paraît indifférent à ce qui l'entoure, et cependant il ne l'est pas, car il s'affecte de ses troubles mentaux qu'il a fort bien remarqués.

Cette indifférence apparente est due à son expression physionomique; la face est inerte, immobile; la mimique semble abolie; il n'existe même pas de clignement des paupières. Au regard fixe et interrogateur s'allie une impassibilité des traits, qui imprime à son visage un masque très particulier; le sujet semble suivre la conversation avec attention, mais sans intérêt, comme pour obéir à un ordre; sa personnalité paraît absente de l'effort qu'il donne pour répondre aux questions posées.

La parole paraît d'abord normale, mais le malade se fatigue vite; alors survient du bredouillement et de l'achoppement; certaines consonnes (s, z) sont d'une

émission difficile, doivent être redites plusieurs fois; les mots composés d'un grand nombre de lettres ne peuvent être répétés rapidement sans bredouillement. Ces troubles de l'élocution, le maláde les remarque fort bien et il s'efforce de les combattre.

Il n'existe pas de tremblement des lèvres, ni des muscles péribuccaux; on constate seulement un léger tremblement de la langue lorsqu'elle est tirée hors de la bouche; mais il n'y pas de mouvement de trombone.

La force musculaire est partout intacte, à part la paralysie radiale droite, on ne constate nulle part d'impotence ni de parésie; l'adduction des cuisses est complètement conservée. Cependant les mouvements volontaires sont malaisés; lorsqu'on réclame du malade un geste un peu précis, on remarque qu'il comprend mal la demande d'abord, qu'il l'exécute mal ensuite, lorsqu'on la lui a expliquée; et le défaut d'exécution se caractérise facilement : c'est un léger degré d'ataxie, lentement, indirectement, il poursuit de la main le but proposé, et l'incoordination du mouvement le porte toujours à côté de ce but avant de l'atteindre. Mais ce phénomène, quoique manifeste, n'est pas très accentué.

Les réflexes tendineux sont très exagérés, en particulier le rotulien et l'olécranien; on constate le clonus du pied, mais pas le phénomène de la rotule; le signe des orteils (de Babinski) existe à gauche.

La démarche est hésitante et spasmodique : le malade marche à petits pas, en regardant ses pieds, les jambes raides et contracturées; l'arrêt brusque est malaisé; il chancelle facilement. Le signe de Romberg est des plus nets.

La sensibilité objective est normale dans ses divers ordres et ses diverses localisations. La sensibilité subjective est anormale du fait des douleurs fulgurantes dont se plaint vivement le malade, et de la céphalée, qui est continue : sans trêve, jour et nuit, le malade souffre à la tête d'une douleur diffuse, tantôt légère, tantôt très violente.

Les sphincters sont atteints : il existe pour la défécation et surtout la miction des envies impérieuses ; il en résulte une fausse incontinence qui afflige le malade, incapable d'attendre le moment propice à satisfaire ses besoins. Les fonctions génitales sont depuis quelques mois abolies, au point de vue de *libido* comme de *potentia coeundi*.

Les pupilles sont dilatées, sensiblement égales, et de contours réguliers ; le réflexe lumineux est normal à droite, modifié à gauche, où la lumière provoque des mouvements ataxiques de la pupille, et parfois sa dilatation paradoxale. Le réflexe d'accommodation est normal.

Les autres organes de l'économie paraissent sains ; nous n'avons rien relevé d'anormal dans les appareils respiratoire, digestif, circulatoire ; la tension artérielle est élevée (25 au Potain) ; les urines sont normales.

La ponction lombaire a révélé un état d'hypertension extrême du liquide céphalo-rachidien ; celui-ci, clair, limpide, présente une lymphocytose peu marquée.

Cette description répond à l'état du malade aux premiers jours de son hospitalisation ; nous l'avons soumis immédiatement à des injections quotidiennes de

1 centigramme de biiodure de mercure, en solution aqueuse; et les seize injections qu'il a reçues ont déjà modifié les symptômes; son psychisme surtout est amélioré; l'ataxie est moins marquée.

Voilà donc un malade, qui présente un complexus clinique bien spécial ; celui-ci ne peut s'adapter à aucun des cadres de la neuropathologie classique : du tabès il possède l'ataxie, les douleurs fulgurantes, le signe de Romberg ; de la myélite d'Erb, il présente la spasticité exagérée, les troubles sphinctériens et génitaux ; de la paralysie générale, il détient les troubles de la parole, les troubles psychopathiques fondamentaux. Aucun de ces diagnostics particuliers ne serait justifié, et c'est la bizarrerie de cet assemblage symptomatique qui, dès l'abord, surprend.

Ce cas est superposable à ceux qui ont été rapportés par Guillain et Thaon, et c'est parce que ces faits nous paraissent mériter d'être connus que nous n'avons pas cru inutile d'appeler l'attention sur ce malade, qui en offre une fidèle représentation.

En fait, cette forme clinique nous paraît être du plus grand intérêt : au point de vue pratique, elle serait susceptible de dérouter le médecin non prévenu ; et, par contre, elle lui donne l'occasion de beaux succès thérapeutiques s'il sait la reconnaître et mettre en œuvre le traitement spécifique. Au point de vue théorique, elle atteste avec une singulière force les relations étroites du tabes, de la paralysie générale et de la myélite d'Erb entre eux et avec la syphilis ; — et elle soulève des questions importantes : comment évolueraient ces cas, si le traitement n'intervenait pas ? resteraient-ils constitués par une pareille association

de symptômes, ou se fixeraient-ils dans l'une des trois directions initialement associées ?

L'étude anatomo-pathologique, ainsi que la comparaison entre eux d'un grand nombre de cas, permettra sans doute de résoudre ces questions; nous ne voulons que les poser, n'ayant eu pour but que d'attirer l'attention sur cette modalité, encore peu connue, de syphilis du névraxe.

Cardiopathie syphilitique. Syphilose tertiaire médiastinale à point de départ péri-trachéo-bronchique avec irradiations broncho-pulmonaires et cardio-auriculaires. (*Société médicale des Hôpitaux*, 10 juin 1910). (En collaboration avec M. Thiroloix.)

Le 25 avril 1910, le docteur B..., adresse dans le service Adelphine P..., cuisinière, âgée de cinquante ans (salle Trousseau, n° 43, à la Pitié).

Depuis six mois, la malade respire difficilement, et la dyspnée est devenue telle aujourd'hui que la moindre tentative de marche provoque une crise de suffocation.

La malade répond avec de grandes réticences aux questions qui lui sont posées.

Elle déclare être célibataire et n'avoir jamais eu d'enfants ni de grossesse. Elle a toujours eu une très bonne santé jusqu'au début de sa maladie actuelle, qu'elle fait remonter à six mois, avec précision.

Aux questions posées pour rechercher l'existence d'une tuberculose, d'une syphilis, la malade oppose des *dénégations absolues*.

Son père est mort à l'âge de soixante-quinze ans, sa mère à l'âge de quatre-vingt-dix ans. La malade a sept frères et sœurs dont trois sont morts (?).

Nos constatations ont été les suivantes :

A... P... est une femme de grande taille, bien constituée, bien développée, un peu obèse. Elle a, dit-elle, un peu maigri depuis quelques mois. Sur les muqueuses, sur la peau, il n'existe nulle part ni ulcération, ni éruption, ni cicatrice, ni pigmentation, pas de lésion soit ancienne, soit récente. *Aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.*

Tous les troubles dont elle se plaint se résument dans le syndrome *dyspnée.*

La malade ne peut marcher, ni quitter son lit, ni s'étendre dans le décubitus dorsal.

Elle est en état d'orthopnée permanente, et nuit et jour reste assise sur son lit.

Spontanément apparaissent des accès de dyspnée paroxystique avec angoisse, la nuit surtout. Ces accès de suffocation sont de courte durée et ne s'accompagnent pas de douleurs rétro-sternales, ni d'irritations douloureuses dans le bras gauche, donc pas d'angine de poitrine.

En plus de cette dyspnée permanente et paroxystique nocturne, la malade présente une toux banale et fréquente, ni quinteuse, ni rauque, ni coqueluchoïde. Mais cette toux est accompagnée et suivie d'un raclement trachéal léger et peu prononcé ; ce cornage s'associe à une ébauche de tirage sus et sous-sternal. L'expectoration qui accompagne la toux est peu abondante (pas de vomiques) et banale (pas d'hémoptysie) sans odeur fédide (pas de gangrène) et n'est pas puriforme (pas de caverne tuberculeuse).

L'examen microscopique n'y montre aucun élément anormal.

L'examen physique donne les résultats suivants :

Les lèvres et les pommettes sont violacées ; les veines jugulaires sont gonflées et nettement visibles. Mais il n'y a ni œdème du cou et du thorax, ni dilatation des veines thoraciques sous-cutanées.

Les réflexes olécraniens, patellaires, achilléens sont normaux ; les pupilles sont normales et réagissent normalement à la lumière.

La voix est normale, ni sourde, ni bitonale, ni rauque ; la parole n'est pas entrecoupée.

La palpation du thorax montre l'existence dans la région dorsale, à la hauteur des 3e et 4e vertèbres dorsales, entres les omoplates, d'une masse mate et très vibrante.

A l'auscultation, on trouve en cette zone et aussi aux bases, des râles sibilants et humides de catarrhe bronchique : ces signes s'accusent à la partie moyenne et postérieure du poumon droit.

En avant, les deux poumons semblent normaux.

Les bruits du cœur sont égalements *normaux :* ni arythmie, ni souffles, ni frottements, ni frémissements, ni dédoublements, ni galop.

Le pouls est entre 75 et 80, la radiale n'est pas indurée. L'orifice aortique et l'aorte semblent sains ; ni anévrisme, ni dilatation.

La pointe du cœur n'est pas déplacée.

La matité cardiaque n'est pas augmentée.

Les deux pouls radiaux sont égaux et synchromes. Nulle part on ne trouve d'adénopathie (cou, aisselle, aine).

Les dimensions du foie sont *normales*, on ne trouve pas de rate à la percussion. Le tube digestif, les reins

semblent sains. Les urines sont normales : ni pigments biliaires, ni sucre, ni albumine.

La température est à 37°,5 (mais la fièvre apparaîtra bientôt) oscillant de 38 à 39°. Ajoutons que les membres inférieurs ne présentent ni œdème, ni exostoses, ni cicatrices.

En résumé : dyspnée continue et paroxystique, zone mate et vibrante entre les omoplates, nous font songer à l'existence d'une affection médiastinale antérieure, médiane et péri-hilaire.

En effet, tous les signes de la localisation médiastinale postérieure manquaient : la malade ne présentait à son entrée ni troubles de la voix, ni dysphagie, ni circulation collatérale supérieure, ni toux coqueluchoïde. On pouvait donc affirmer que la tumeur ne comprimait ni le récurrent, ni l'œsophage, ni l'azygos, ni le sympathique, ni les pneumogastriques. Donc aucun signe du syndrome médiastinal. La dyspnée et ses paroxysmes, le tirage, le cornage, indiquaient qu'un seul organe était intéressé : *le conduit trachéo-bronchique*. En raison des signes physiques, nous pensâmes que les lésions étaient péri-bronchiques, extrinsèques et nous fîmes le diagnostic *d'adénopathies péri-trachéo-bronchiques probablement tuberculeuses*. En effet, nous *ignorions* les antécédents de syphilis, la malade niait, et ne présentait aucun signe qui nous permît de penser à la spécificité.

De plus, nous pouvions éliminer la tumeur maligne (pas de douleurs), l'anévrisme de l'aorte, la pleurésie médiastine, le cancer du poumon : notre diagnostic semblait logique et vraisemblable.

Le 1[er] mai fut découvert un petit épanchement liquide

à la base droite, et la fièvre, depuis deux ou trois jours, oscillait entre 38 et 39°. Cet épanchement fut cliniquement évalué à 800-900 grammes au plus; malgré sa faible abondance il fut ponctionné, dans l'espoir d'atténuer la dyspnée, nous retirâmes de la plèvre 500 grammes de liquide limpide, clair, jaune-citrin, sans fibrine (réaction de Rivolta négative). Il y avait dans le culot quelques placards endothéliaux : il s'agissait donc d'un hydrothorax.

L'état dyspnéique de la malade resta stationnaire, le pouls s'affaiblit un peu cependant, et le 8 mai on remarqua qu'il y avait un peu de liquide dans la plèvre gauche, atteignant l'angle inférieur de l'omoplate. Les jours suivants, une légère ascite devient appréciable, sans œdème des membres inférieurs. Le pouls reste régulier mais s'affaiblit encore, mais les bruits du cœur s'ourdissent : il y a vraisemblablement un peu de liquide dans le péricarde.

La dyspnée devient plus violente, les crises de suffocation deviennent plus fréquentes, la température baisse, la face est violacée, la malade est étendue inerte sur le dos, et le 12 mai, pendant la visite, la malade meurt dans le coma.

Le traitement fut purement symptomatique . inhalations d'oxygène, ventouses sèches et scarifiées, sinapismes, injections d'éther et d'huile camphrée, morphine.

Autopsie (trente-six heures après la mort). — L'autopsie nous révéla des lésions syphilitiques complexes et fort remarquables que nous avions méconnues, la malade nous ayant dérouté par ses négations répétées. L'enquête que nous fîmes *post mortem* auprès de la

famille nous donna également des renseignements intéressants.

Les plèvres, le péricarde, le péritoine renfermaient du liquide citrin et limpide en quantité considérable, beaucoup plus qu'on ne pouvait le croire d'après les résultats de l'examen clinique.

Les poumons, la trachée, les bronches, le cœur, faisaient *bloc* inséparable : tous ces organes étaient intimement unis par un processus de médiastinite calleuse atteignant le volume du poing.

Les voies aériennes sont congestionnées, rétrécies, et les bronches intra-pulmonaires présentent des renflements, des dilatations ampullaires. Tout autour des voies aériennes on voit une couche de tissu lardacé. Il s'agit de dilatation bronchique spécifique. En effet, les coupes faites dans le bloc médiastinal et dans le hile montrent : des ganglions noirs anthracosiques et des gommes syphilitiques dures, fermes, élastiques, grisâtres et jaunâtres, ayant des volumes divers (pois, lentille, amande). Au hile droit, une gomme est plus volumineuse encore. Dans chaque poumon, près du hile, on trouve quatre ou cinq gommes ayant le même aspect que celles du médiastin, encerclées dans des gangues fibreuses. Ces lésions sont nettement limitées aux régions para-hilaires des deux poumons. Nulle part, dans les poumons, on ne trouve trace de maladies infectieuses : il n'y a *aucune lésion tuberculeuse aux sommets*, pas de congestion ni d'hépatisation aux bases, il n'y a pas d'emphysème. La masse scléro-gommeuse du médiastin s'étale sous la crosse de l'aorte et *irradie vers les oreillettes* qui *tiennent* à cette masse.

A coups de ciseaux, on sculpte les oreillettes et sur

la tranche on voit de grosses gommes (volume d'une amande). Les parois ventriculaires sont souples, rouges, charnues. Au toucher, les parois auriculaires sont rigides comme du carton, leur couleur est grisâtre, mastic ; leur surface est bosselée, renflée par places par des saillies qui, à la coupe, sont des gommes grosses comme des noix, les parois des deux oreillettes sont bourrées de ces gommes. Les parois des ventricules sont intactes. Le septum interventriculaire est sain, le septum inter-auriculaire est rigide et gommeux. Les cavités ventriculaires et les valvules auriculo-ventriculaires sont indemnes. Les cavités auriculaires sont réduites et diminuées de *moitié*.

En revanche, le péricarde est intact, ainsi que l'endocarde, qui ne présente à l'œil nu aucune lésion, même dans les oreillettes. Les gommes, qui ont subi un développement monstrueux, sont cantonnées exclusivement dans le myocarde, au niveau des oreillettes seulement. La cavité de chaque oreillette pourrait à peine loger une noix. Les gommes sont plus nombreuses et plus grosses dans l'oreillette gauche que dans l'oreillette droite.

L'aorte présente une volumineuse gomme dans sa tunique externe ; à son origine, sur sa face endothéliale, on voit quelques stries jaunâtres sans pavés d'athérome. L'artère pulmonaire est intacte, ainsi que les valvules sigmoïdes des deux vaisseaux.

Le foie est profondément altéré : il est ficelé, échancré par des scissures dont l'une atteint 1 centimètre de profondeur sur son bord tranchant. Son lobe droit est augmenté de volume, son lobe gauche atrophié, son poids total est normal.

A la coupe, on voit plusieurs gommes syphilitiques caractéristiques, abondantes surtout sous l'insertion hépatique du ligament suspenseur du foie (douze gommes de volumes variable).

Les voies biliaires, la rate sont indemnes de toute lésion.

L'estomac présente la conformation décrite sous le nom d'estomac biloculaire, le pylore est souple, la muqueuse offre des sillons et des replis très accusés, il n'y a pas de lésion macroscopique.

Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, quelques-uns sont gommeux.

Les reins sont scléreux, non kystiques.

Examen histologique. — L'examen histologique m'a montré les désordres cellulaires classiques spécifiques, nodules gommeux entre les fibres musculaires cardiaques, gaines avec leur coque conjonctive, etc. Après avoir fait ces constatations, nous avons recherché qu'elle était la fréquence de ces lésions syphilitiques du cœur : dans le récent *Précis de syphilitique* du professeur Gaucher, M. Rostaine donne une statistique de Stockmann (de Wiesbaden) ; 90 cas de syphilis du cœur ont été rassemblés par cet auteur, à savoir :

Ventricule gauche	40 cas.
— droit	20 —
Septum ventriculaire	22 —
— auriculaire	2 —
Oreillette droite	4 —
— *gauche*	2 —

De plus, d'après ces mêmes auteurs, dans *aucun* de ces 90 cas, le diagnostic clinique n'a été fait, dans toutes ces observations, on insiste sur l'intensité des

crises de suffocation, l'absence de signes stéthoscopiques ; dans presque toutes les observations publiées, les lésions cardiaques furent des trouvailles d'autopsie.

Au sujet de ce diagnostic, le docteur Fournier a écrit : « Presque invariablement le diagnostic a été établi *par le fait d'un hasard*, par un incident fortuit, par l'invasion inattendue et tout éventuelle d'un symptôme patent de syphilis, tel que gomme, exostose, etc. » (Cité par Sergent, précis de Gaucher.)

C'est dire quelles sont les difficultés de ce diagnostic insurmontables lorsqu'on n'est point guidé par un accident spécifique, une cicatrice, un stigmate, comme dans notre cas.

L'enquête que nous avons faite auprès des parents de notre malade nous a révélé les faits suivants :

La maladie actuelle avait débuté six mois auparavant. La malade avait eu quatre grossesses terminées par quatre avortements. Elle était alcoolique (vinisme surtout). Enfin elle avait contracté la syphilis en 1898 et avait fait un séjour à Saint-Louis (plaques muqueuses, buccales, anales, vulvaires, alopécie). Depuis lors, la malade, spontanément et sans avis de médecin, avait pris des pilules à plusieurs reprises. Elle se plaignait d'épistaxis, de crampes d'estomac, de cauchemars, de pituites matinales (jamais d'hémoptysie, ni d'ictère).

Enfin avant de venir à l'hôpital, la malade avait *formellement interdit* à ses parents de nous révéler sa syphilis et son alcoolisme — dans nos salles, elle *nia* l'une et l'autre ; et affirma n'avoir *jamais* eu de grossesses.

Ainsi est justifié le titre que nous avons donné à notre observation.

Était-il possible de reconnaître ces lésions pendant la vie ?

Et quel fut le mécanisme de la mort ?

Les lésions broncho-pulmonaires rentrent dans le cadre de la syphilose tertiaire classique. Le processus gommeux semble avoir débuté dans le tissu cellulaire péri-bronchique et péri-trachéal. Les lésions semblent s'être étendues dans le médiastin en progressant de haut en bas, englobant les bronches, atteignant le cœur et les poumons.

La syphilose tertiaire de ces organes affecte le type scléro-gommeux ; les gommes, enclavées dans une gangue fibreuse sont d'un volume très variable, elles sont rondes, sèches, nettes, dures, bien limitées ; il s'agit donc là de lésions absolument classiques.

La lumière des bronches intra-pulmonaires est remplie de pus non fétide, il y a de la bronchite purulente (fièvre), il y a des dilatations ; et il est à remarquer que ces lésions syphilitiques *n'étaient pas associées à la bacillose* (pas de bacille de Koch dans les lésions) ; c'était bien une vraie pneumopathie syphilitique. La syphilis a donc évolué classiquement dans la gaine des vaisseaux péri-bronchiques, a détruit le squelette bronchique, et cliniquement ces lésions ont débuté d'une manière bien connue : altération lente de la santé générale, dyspnée d'emblée diurne (dyspnée d'effort) et nocturne paroxystique et phénomènes asphyxiques, tirage, cornage.

La localisation des lésions explique encore l'absence d'hémoptysie ; la toux et l'expectoration restent banales.

Les signes physiques également ont été classiques, puisque la seule région pulmonaire altérée a été la région moyenne, avec prédominance à droite.

Les lésions du foie sont également classiques : seules les *gommes cardiaques*, et leur localisation exclusivement *auriculaire* constituent une véritable rareté anatomique.

Le diagnostic pouvait-il être fait ?

L'état asphyxique de notre malade ne nous a pas permis de faire pratiquer un examen radioscopique du thorax qui eût éliminé la tuberculose par absence d'ombres aux sommets : l'examen bronchoscopique était impossible.

Il eût aussi fallu rechercher les résultats de la réaction de Wassermann. Notre observation est classique au point de vue anatomique et séméiologique.

Néanmoins, le diagnostic clinique était bien difficile, car l'évolution générale de la maladie n'a pas été normale : ce n'était pas la lente évolution vers la phtisie syphilitique et vers la cachexie ; l'évolution a été rapide comme dans les cas de tumeurs malignes du médiastin. L'explication en est donnée par les localisations cardiaques auriculaires :

En effet, le cœur étant considéré comme une pompe aspirante et foulante envoyant le sang dans les artères par courants intermittents, les oreillettes n'ont qu'un rôle très *secondaire* dans la mécanique cardiaque. Ce sont des renflements fournissant aux ventricules le sang qui distend leurs cavités.

Ce rôle secondaire des oreillettes explique : 1° qu'elles peuvent manquer dans certaines espèces animales ;

2° qu'elles peuvent perdre temporairement leurs mouvements sans troubles de la circulation cardiaque.

Chez le cheval, on a pu expérimentalement faire cesser les contractions auriculaires sans troubler la circulation (Marey).

De plus, les orifices veineux des oreillettes étant dépourvus de valvules suffisantes, il en résulte que les oreillettes manquent d'appui pour faire passer leur contenu dans les ventricules.

Les troubles asphyxiques observés chez notre malade ne proviennent donc pas de la rigidité, de l'*infiltration gommeuse* des oreillettes, mais des *conséquences* de cette infiltration, à savoir : la *rétraction*, la *diminution* considérable de la capacité des oreillettes et le *rétrécissement* des veines caves et des veines pulmonaires, d'où un obstacle permanent à la réplétion normale des ventricules, c'est-à-dire une dyspnée pulmonaire par rétrécissement auriculaire droit, et une dyspnée bulbaire par rétrécissement auriculaire gauche, la première étant permanente, la seconde intermittente, paroxystique.

Ces lésions cardiaques, les compressions trachéobronchiques, l'état des poumons expliquent et les caractères de la dyspnée et l'évolution rapide de la maladie vers la mort.

Un dernier point reste à discuter dans cette observation : quelles sont les raisons de la localisation de la syphilis dans le médiastin ?

Nous ferons remarquer que chez notre malade coexistaient deux autres foyers syphilitiques :

1° Les ganglions mésentériques;

2° Le foyer hépatique, prédominant au ligament sus-

penseur du foie. Il semble que chez les vieux syphilitiques, ce sont les repères (lacs lymphatiques, mésentérique, hépatique, médiastinal et basilaire cérébral) où se réfugie le tréponème à l'état de parasitisme latent au cas où la syphilis est insuffisamment traitée.

Méningite tuberculeuse à forme tétanique chez l'adulte. Polynucléose céphalo-rachidienne (*Société médicale des hôpitaux*, 10 juin 1910). (En collaboration avec M. Thiroloix.)

Paul B..., étudiant en médecine, âgé de trente-deux ans, est apporté dans le service (salle Rayer, n° 10), le 22 avril 1910, à la Pitié.

Le malade ayant perdu toute conscience, il est impossible d'obtenir de lui un renseignement quelconque. Il est conduit à l'hôpital par son logeur, qui l'a trouvé étendu sans connaissance sur le plancher de sa chambre.

Le malade est sans ressources, dans la plus profonde misère. Ses vêtements sont souillés de boue, son corps est recouvert de crasse et de poux. Dans les poches du malade nous trouvons : une carte de premier externe des hôpitaux de la ville de Reims, des lettres adressées à sa mère, où le malade manifeste l'intention de se suicider.

Voici ce qu'on observe à l'examen du malade : les *mâchoires* sont contracturées, le trismus est tel qu'il est impossible d'ouvrir la bouche de force. La *nuque* est raide, la tête renversée en arrière, en hyperextension.

La *contracture* s'étend aux muscles du dos ; il est impossible d'asseoir le patient, qui est en position d'orthotonos.

Les *membres supérieurs* sont également contracturés : bras collés au corps, avant-bras fléchis sur le bras et croisés. Même en déployant de la force, on arrive à peine à déplacer les membres supérieurs. Il est impossible d'étendre l'avant-bras sur le bras. Cette contracture n'est pas aussi marquée aux membres inférieurs.

On arrive à étendre les jambes sur les cuisses ; si on essaye de fléchir sur le bassin le membre inférieur mis en extension, on voit la jambe se fléchir immédiatement et brusquement. Le *signe de Kernig* est donc très net.

Les muscles abdominaux sont raidis et tendus.

La contracture s'étend partiellement à la face dans le domaine du *facial inférieur gauche :* la commissure labial gauche est fortement attirée en dehors. Ce qui donne au visage l'aspect d'un rire sardonique unilatéral.

A ces contractures toniques, s'ajoutent par moments des *spasmes paroxystiques* intéressant les muscles de la face, de la nuque, des membres déterminant des tressaillements du corps entier.

Nulle part il n'existe aucun écoulement suppuré au niveau des orifices naturels : les fosses nasales et les oreilles semblent intactes.

Il n'y a pas de strabisme, les réflexes pupillaires sont normaux, le signe d'Argyll-Robertson n'existe pas.

Les *réflexes* achilléen et rotulien sont exagérés.

Le malade crie et se plaint lorsqu'on pince la peau, ou lorsqu'on comprime les masses musculaires.

Il y a de l'*incontinence* de l'urine et des matières fécales.

Le *pouls* est plein, régulier, à 70 pulsations.

La *respiration* est fréquente (28 à la minute) mais régulière par son rythme et par son amplitude : pas de Cheyne-Stockes.

Pas de vomissements. Pas de diarrhée.

La *température* est à 38°.

L'*amaigrissement* est extrême; il y a du myxœdème.

La rate est grosse. Le foie est gros, déborde de 3 travers de doigt le rebord costal.

Enfin pas d'albuminurie.

Cet ensemble symptomatique ne réalisant pas le tableau d'une affection bien déterminée, et avant d'accepter le diagnostic de méningite tuberculeuse, nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas ici :

a) De tétanos;

b) D'empoisonnement par la strychnine, le malade étant étudiant en médecine, et ayant exprimé l'intention de se suicider;

c) De méningite cérébro-spinale;

d) De méningite d'origine nasale ou otique.

Nous avons éliminé l'hypothèse du tétanos pour les raisons suivantes : Pas de lésion suppurative, pas de plaie, pas d'excoriation des téguments.

Le malade n'a pas sa connaissance; or, dans le tétanos l'intelligence reste intacte, et de plus dans le tétanos, les contractures sont permanentes et non intermittentes, et les paroxysmes sont provoqués par une excitation extérieure.

Dans l'empoisonnement par la strychnine, l'intelligence demeure intacte; les accès convulsifs sont plus marqués, et surtout les pupilles sont très dilatées, il y a des sueurs abondantes et le pouls est petit, très

rapide, enfin l'évolution se fait en quelques heures, beaucoup plus rapide que dans le cas présent. Nous n'avons pas trouvé trace de mastoïdite, d'otite, de sinusite.

Nous avons donc porté le diagnostic de *méningite* et de méningite soit *tuberculeuse*, soit *cérébro-spinale* (non d'origine otique ou sinusienne) et nous avons pratiqué une ponction lombaire pour préciser le diagnostic.

Ponction lombaire faite par M. Jacob, interne du service. — Le liquide s'écoule en jet, clair, limpide, l'acide nitrique y précipite une forte quantité d'albumine.

L'examen cytologique nous donne des résultats très intéressants : pas de lymphocytes dans toutes les préparations.

Très abondante polynucléose dans toutes les préparations : polynucléose exclusive.

Pas de microbes dans les diverses lames examinées, pas un bacille de Koch, *pas un microbe extra* ni *intra* cellulaire, ni streptocoque, ni méningocoque, ni bacille de Koch.

Nous avons donc éliminé ainsi la méningite cérébro-spinale.

Cette polynucléose devait-elle faire rejeter le diagnostic de méningite tuberculeuse ? Non.

En effet, Lewkowicz a montré que si la *lymphocytose* rachidienne est la réaction ordinaire, banale, mais non pathognomonique de la méningite tuberculeuse on peut observer parfois, au contraire, de la polynucléose soit primitivement, soit secondairement après la lymphocytose pure.

Lewkowicz affirme que la polynucléose traduit l'existence de placards caséeux. Guinon et Simon l'attribuent à une infection secondaire.

Plus récemment, Espinet, dans sa thèse, a montré que cette polynucléose peut être provoquée par une invasion brutale et suraiguë des méninges au cours d'une granulie généralisée. On trouvera dans cette thèse la bibliographie de cette question de la polynucléose rachidienne dans la méningite tuberculeuse.

Quoique notre diagnostic fût celui de méningite tuberculeuse, nous fîmes par prudence une injection intra-rachidienne de 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique de Dopter.

Le malade mourut quarante-huit heures après son entrée dans le service sans avoir présenté aucun symptôme nouveau.

Voici maintenant les constatations que nous avons faites à l'autopsie :

Cavité thoracique. — Le poumon droit présente une cavernule remplie de pus au sommet. Dans tout le poumon il y a une pluie de granulations tuberculeuses arrondies, miliaires, transparentes, résistantes, enchâssées dans le parenchyme.

Le poumon gauche offre les mêmes granulations, mais moins abondantes.

Les plèvres sont intactes.

Les ganglions du médiastin sont tuméfiés et caséeux.

Les voies aériennes sont normales.

Le cœur est petit, mais surchargé de graisse au niveau de ses sillons auriculo-ventriculaires et interventriculaires.

Le péricarde est sain.

Cavité abdominale. — Le grand épiploon est gras et cette surcharge de graisse contraste avec l'amaigrissement des membres.

Foie. — Hypertrophié surtout dans son diamètre vertical et présente un aspect cubique, ce qui est, d'après Lancereaux, le caractère des foies gras alcooliques. Poids, 2 kilogrammes. Sa surface est granitée, granuleuse, il n'y a pas de périhépatite. Sa coloration est jaune pâle, tabac d'Espagne, chamois. Le parenchyme est résistant à la coupe, mais ne crie pas sous le couteau. La surface de coupe est granuleuse. Les sillons conjonctifs interlobulaires sont épaissis; les cellules hépatiques sont dégénérées et graisseuses. Un fragment projeté dans l'eau ne plonge que lentement. Pas de dépressions stellaires à la surface du foie.

Les voies biliaires extra et intra-hépatiques sont normales, il s'en écoule une petite quantité de bile verte. Tous ces caractères sont ceux de la cirrhose hypertrophique graisseuse alcoolique de Lancereaux, de la cirrhose alcoolo-bacillaire d'Hutinel et Sabourin.

La *rate* (210 grammes) ne présente ni tubercules caséeux, ni granulations, ni périsplénite. Elle est simplement congestionnée.

Les *reins*, congestionnés, présentent de nombreuses granulations disséminées dans leur parenchyme. Les capsules surrénales semblent intactes.

Les *voies digestives* n'offrent de lésions intéressantes qu'à leur portion initiale.

La langue est irrégulière, scléreuse, ficellée sur ses

bords, et à la surface interne des joues, on voit des plaques nacrées de leucoplasie; il avait été impossible, pendant la vie, d'ouvrir la bouche du malade.

Cavité cranienne. — A l'incision de la dure-mère, il s'écoule du liquide citrin, limpide, transparent. La surface du cerveau est intacte à la base, il n'y a pas trace de méningite basilaire, le cervelet semble intact; pas de granulations, pas de placards, pas d'exsudat.

Au contraire, on observe à la face supérieure une congestion considérable des veines, tendues, bleuâtres comme si elles étaient injectées. Cette congestion s'arrête en arrière à la pariétale ascendante, s'étend en avant sur le lobe frontal, décroît latéralement. Entre ces veines, les vaisseaux pie-mériens apparaissent comme injectés. Sur les faces latérales et à la base du cerveau, la pie-mère se détache très facilement, elle n'est nullement adhérente, ne présente pas de granulations.

Au contraire, à la scissure interhémisphérique, au niveau des lobules para-centraux, on voit deux placards qui empiètent sur la face externe de chaque hémisphère et descendent dans la scissure interhémisphérique. Ces deux placards sont peu adhérents entre eux, on les décolle facilement par une légère traction. Chaque placard a les dimensions d'une pièce de 2 francs, ils sont rougeâtres, tomenteux, irréguliers, criblés de petits points blancs miliaires, qui sont des granulations tuberculeuses. Autour des placards, on en trouve sur les vaisseaux. Pas d'exsudat purulent, mais infiltration gélatiniforme. Ces placards adhèrent à la substance cérébrale.

Tout le reste de la masse nerveuse ne présente pas

de lésions apparentes. Les ventricules, les plexus choroïdes sont normaux.

Nous pouvons donc préciser le diagnostic. Notre malade était complexe :

1° Syphilis ancienne (lésions buccales);

2° Alcoolisme (foie, surcharges graisseuses);

3° Tuberculose pulmonaire chronique;

4° Granulie et méningite sous les influences précédentes à localisations fronto-pariétales, d'où syndrome tétanique.

Notre observation nous a paru intéressante. En effet, elle est un bel exemple d'une forme très rare de la méningite tuberculeuse de l'adulte; nous ne connaissons qu'une observation analogue, celle de Boix.

De plus, notre cas vient à l'appui de l'opinion de Lewkowicz; il ne s'agit pas ici d'infection secondaire, mais la polynucléose semble liée à l'existence de placards caséeux sur les méninges.

Enfin, notre observation répond à l'interprétation d'Espinet, puisqu'il y a eu envahissement suraigu et brutal des méninges au cours d'une granulie constatée à l'autopsie et qui explique bien la très rapide évolution de la maladie.

Abcès cérébral frontal d'origine otique, abcès extra-dural cérébelleux à distance. Évolution latente. Autopsie (*Société anatomique*, 17 mars 1911).

Voici une observation d'abcès cérébral frontal, d'origine otique, remarquable par : 1° sa localisation à distance du foyer d'infection ; 2° la coexistence d'un autre abcès à distance ; 3° l'évolution absolument insidieuse

de toutes ces lésions jusqu'à la rupture de l'abcès frontal.

Notre malade a fait deux séjours à la Pitié. Une première fois Yves R..., 26 ans (terrassier à Gentilly), entre à la Pitié en décembre 1910, dans le service de médecine du docteur Lion, salle Rostan. Le malade entre pour bronchite compliquée de crises d'asthme. Dans le service, évolue une *otite* aiguë *gauche* fébrile ; le tympan se perfore et une otorrhée s'installe.

Le 24 décembre, à la contre-visite, l'interne du service, notre collègue Verdoux, fait passer d'urgence le malade en chirurgie (salle Broca dans le service de M. le docteur Arrou), parce que la température est montée à 41°.

Mastoïde à peine douloureuse, pas de signes de complications intra-craniennes.

Néanmoins la trépanation est immédiatement pratiquée par le docteur Alglave et notre collègue Boulard, interne du service : trépanation classique de la mastoïde gauche ; on trouve une goutte de pus dans l'antre, on ne pousse pas plus loin l'opération.

Les jours suivants, la température revient à la normale ; la plaie opératoire évolue vers la guérison. Une petite fistule cependant persiste encore le 27 février 1911, date de la sortie du malade. Pendant son séjour salle Broca, du 25 décembre au 27 février, le malade n'a présenté ni fièvre, ni frissons, ni douleurs de tête, ni troubles du pouls, ni signes de localisation cérébrale ; le malade était debout toute la journée, mangeait, dormait, n'a jamais présenté aucun signe d'hypertension intra-cranienne, de localisation ou de suppuration. Mais M. le docteur Arrou nous a dit, depuis,

avoir toujours été frappé par la torpeur, la somnolence, l'indifférence du malade, qui ne répondait pas aux questions et ne paraissait nullement prêter attention aux personnes qui l'entouraient et qui l'examinaient.

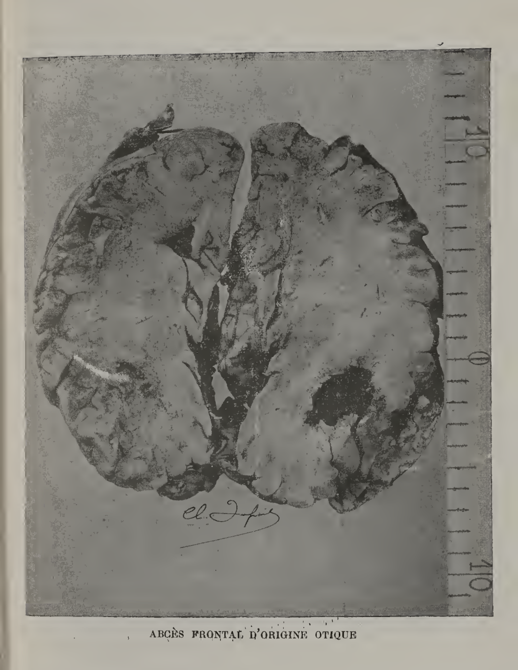
Toute cette histoire nous était inconnue lorsque le 2 mars 1911, à 9 heures du soir, pendant notre garde, on amène à la Pitié cet individu semi-comateux et présentant des signes évidents de méningite.

Nous admettons cet individu en médecine dans le service de notre maître le docteur Thiroloix, salle Serres. Là nous constatons les signes suivants : le malade est inerte, immobile, tellement obnubilé qu'on ne peut obtenir de lui qu'un seul renseignement : son nom. — Pouls à 60, arythmique. Nuque raide, ventre en bateau, Kernig très accusé, respiration irrégulière et ressemblant au Cheyne-Stockes, température 38°,2, réflexes exagérés, membres raides, trismus.

La pupille *gauche* est dilatée, il y a du ptosis *gauche*, du strabisme convergent *gauche* et peut-être (?) de la parésie faciale *gauche*, pas de photophobies ; les réflexes lumineux sont à peine appréciables ; ni hémiplégie, ni monoplégie, le malade ne fume pas la pipe.

En examinant les oreilles, nous découvrons une cicatrice de trépanation mastoïdienne gauche avec une croûte masquant une fistule d'où le stylet extrait un tout petit séquestre ; pas de pus dans l'oreille à la pression de la mastoïde, mais cette pression arrache un cri au malade, ainsi que la pression de la mastoïde *droite* (nous verrons pourquoi).

Nous admettons qu'il y a lien de cause à effet entre la mastoïdite ancienne et l'état actuel, et avant d'appeler le chirurgien de garde, nous pratiquons une ponc-



ABCÈS FRONTAL D'ORIGINE OTIQUE

tion lombaire : liquide hypertendu, peut-être louche, fortement albumineux — il y a 15 à 20 polynucléaires par champ — pas d'hématies, pas de lymphocytes, *pas de microbes* (Bleu et Ziehl).

Le docteur Chevassu, chirurgien de garde, appelé immédiatement, juge comme nous l'opération indiquée et le malade est descendu en chirurgie (de nouveau dans le service du docteur Arrou). Le malade, sorti de la salle 4 jours auparavant, est immédiatement reconnu par le personnel et le registre de la salle d'opération nous renseigne à son sujet.

Intervention à 11 heures du soir (Chevassu-Miginiac). Chloroforme, peau à la teinture d'iode. Incision de la cicatrice, curettage ; on ne découvre rien. Mise à nu de la dure-mère cérébelleuse : rien d'anormal, on sent les battements, ponction blanche ; on agrandit la brèche en haut : rien d'anormal : ponction blanche ; on se dirige en avant vers le lobe temporal, le doigt ne sent rien sur le rocher, rien d'anormal, ponction blanche. Tout à fait en haut, vers Rolando, *la dure-mère ne bât pas :* on l'incise, *rien ne s'écoule*, ponction blanche. Suture partielle des téguments, drainage avec un drain et une mèche. Le malade meurt le 4 mars dans le coma.

Autopsie le 5 mars, 28 heures après la mort. A l'ouverture du crâne on ne voit rien sur la dure-mère.

Sur l'hémisphère droit, on récline la dure-mère sans la moindre difficulté.

Sur l'hémisphère gauche, cette décortication est impossible, et les manœuvres d'incision de la dure-mère donnent lieu à un écoulement de pus vert, liquide, sans odeur.

La dure-mère *tient* au cerveau gauche, surtout en bas et en dehors; c'est là qu'elle ne battait pas et qu'elle avait été incisée. Pour extirper l'hémisphère gauche, il faut sectionner la dure-mère au pourtour de la base du crâne.

L'hémisphère droit est intact sur toutes les coupes. Au contraire, une coupe antéro-postérieure et verticale de l'hémisphère gauche ouvre un abcès enkysté en plein lobe frontal et il s'en écoule une grande quantité de pus vert, liquide, sans odeur ni grumeaux.

L'abcès bien enkysté a le volume d'une grosse noix ; il est ouvert à sa partie supérieure vers la voûte.

Voici la pièce et sa photographie : la base du cerveau est intacte, la base du crâne également (au moins à l'étage antérieur) ; sur le rocher *gauche*, on voit une zone nécrosée, bourgeonnante, avec un séquestre répondant au toit de la caisse ; il y a un peu de pus dans la caisse dont les osselets ne sont plus visibles. Mais il est impossible de découvrir une lésion quelconque, cérébrale, méningée, osseuse, qui ait pu servir de trait d'union entre l'otite et l'abcès, du moins à l'œil nu.

Enfin il existait entre l'occipital *droit* et le lobe *droit* du cervelet un abcès extra-dural, enkysté et non rompu, à pus vert, liquide et sans odeur ; cet abcès avait creusé sur le cervelet une dépression des dimensions d'une pièce de 2 francs et les fongosités avaient détruit une rondelle de l'occipital que la sonde cannelée a perforé facilement (douleur à la pression observée en ce point avant l'opération).

Dans ces deux abcès le pus était très riche en chaînes de *streptocoques;* il n'a pas été possible d'y découvrir d'autres microbes.

Voici donc deux abcès intra-craniens, l'un frontal, l'autre extra-cérébelleux, tous deux développés *à distance* de l'otite, qui tous deux ont évolué en deux mois sans *aucun signe de localisation*, ni *de compression* et déterminant seulement de *l'hébétude*, de la somnolence, et dont l'un brusquement rompu a provoqué une méningite terminale. C'est alors seulement qu'apparurent quelques signes de localisation à gauche, ptosis gauche, strabisme et mydriase à gauche. La profondeur à laquelle se trouvait cet abcès frontal rendait impossible sa découverte par une brèche temporo-mastoïdienne.

Sarcome aponévrotique de la face dorsale de la main et de l'avant-bras (*Société anatomique*, 24 janvier 1913).

Voici une pièce opératoire provenant du service de notre maître M. Ricard. C'est une masse sarcomateuse volumineuse que nous avons enlevée il y a 8 jours.

Notre malade G..., âgé de 72 ans, cordonnier, n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, n'a eu qu'une crise de rhumatisme aigu polyarticulaire et présente un état général parfait. Cet homme, malgré son âge, est robuste et exerce son métier. Sa tumeur même ne l'empêchait point de travailler.

Il y a deux ans, une tumeur apparut sur la face dorsale de son poignet droit, et acquit le volume d'un œuf de poule ; un médecin la détruisit par l'application d'une pâte caustique, la guérison parut complète.

Six mois après, cette tumeur récidiva et le malade

entra le 15 janvier 1913 à Saint-Antoine, porteur d'une volumineuse tumeur. Cette masse occupait la face dorsale de la main droite, du poignet et de la moitié inférieure de l'avant-bras. C'était une tumeur molle, pâteuse, pseudo-fluctuante, multilobée et à contours polycycliques comme s'il y avait plusieurs mandarines enchâssées sous la peau.

Peau mobile sur la tumeur, non adhérente et facilement plissée, tumeur également mobile sur les plans profonds sauf en un point en haut, sur l'avant-bras, au niveau de la cicatrice résultant de l'application antérieure du caustique.

Cette tumeur ne présente aucune connexion ni avec les muscles ni avec les tendons et on constate que les mouvements des doigts et de la main sont normaux; la flexion et l'extension des doigts ne sont nullement entravées par la présence de cette tumeur. M. Ricard fait le diagnostic de sarcome à point de départ aponévrotique et précise le point d'implantation de la tumeur en haut, sur l'avant-bras.

Nous opérons le malade le 17 janvier et sur le conseil de M. Ricard, nous conservons la peau : incision dorsale médiane, longitudinale. La tumeur est encapsulée, libre de toute attache et énucléable, nous l'extirpons sans difficultés. Cependant elle envoie un prolongement vers la face antérieure de l'avant-bras ; une masse néoplasique pédiculée fait le tour du cubitus et s'est insinuée entre l'aponévrose antérieure et les tendons fléchisseurs. Nous avons vu très nettement le point d'implantation de la tumeur sur l'aponévrose superficielle de l'avant-bras, face dorsale, un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe.

Réunion *per primam*.

Nous présenterons bientôt à la Société plusieurs coupes histologiques de cette tumeur qui paraît bien être du sarcome : masses jaunes, molles, gélatineuses, friables, entourées d'une mince capsule fibreuse (1).

Appendicectomie 28 heures après le début d'une crise appendiculaire caractérisée par une douleur vive, sans fièvre, ni vomissements, pouls normal, gangrène de l'appendice (*Société anatomique*, 24 janvier 1913).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un appendice gangréné en 28 heures sans aucun autre signe que celui-ci : Douleur vive au point de Mac Burney.

Notre malade est un garçon de 16 ans, très bien portant qui éprouva brusquement une violente douleur dans la fosse iliaque droite le mercredi 22 janvier 1913, à 4 heures de l'après-midi ; ni nausées, ni vomissements.

Un médecin, appelé d'urgence, fit le diagnostic d'appendicite et recommanda à la famille de n'administrer au malade ni purgation, ni lavement.

Le jeudi 23 janvier, le diagnostic étant confirmé, l'enfant fut conduit à Saint-Antoine, à 8 heures du soir, 28 heures après le début des accidents.

Pouls à 95, très régulier ; température à 37°,6 ; langue humide, à peine suburrale. Pas une nausée, pas un vomissement. Mais la triade douloureuse de Dieulafoy est très nette : vive douleur à la pression du point de Mac Burney. Douleur au frôlement de la peau

(1) Il s'agit de myxo-sarcome.

avec l'index. Légère contracture de la paroi. Hyperesthésie cutanée.

L'enfant est allé *à pied* du bureau à l'hôpital à la salle Velpeau, dans le service de notre maître M. Ricard.

Nous estimons que sur ce malade on peut et on doit tenter l'appendicectomie immédiate, car il n'y a encore, ni *abcès*, ni *plastron*, ni *induration* de la région appendiculaire.

Incision au point de Mac Burney sous anesthésie générale au chloroforme (incision de 4 centimètres nécessaire pour extérioriser le cæcum).

Pas de liquide ni de pus dans le ventre. Cæcum rouge.

Appendice long, *rétrocæcal*, enroulé en cor de chasse et fortement adhérent au cæcum. Décollement laborieux. Section de l'appendice au thermo, ligature au méso.

A la manière de notre maître Ricard nous n'enfouissons pas le moignon.

Nous laissons un petit drain dans la fosse iliaque et refermons la paroi avec trois points de catgut prenant muscle et péritoine. Peau aux crins.

L'appendice présente, à sa pointe, une plaque jaune d'or, molle, longue de 6 à 7 millimètres, large de 4 à 5 millimètres. La muqueuse est ulcérée à ce niveau.

Nous découvrons sur la muqueuse vers le milieu de l'appendice quelques gouttes de pus et une ulcération de couleur violacée.

L'appendice, ouvert, dégage une odeur très fétide et manifestement gangréneuse.

Cliniquement le *seul signe* de cette crise — déjà grave — a été *une vive douleur, brusque*, spontanée et réveillée par le moindre contact sur le point de Mac Burney — il n'y a pas eu de fièvre.

Le pouls a toujours été normal et le malade n'a pas vomi et le facies n'était nullement modifié.

Le malade a guéri par première intention.

Fibrome de la paroi abdominale (pièce opératoire) (*Société anatomique*, 7 février 1913).

Nous avons l'honneur d'apporter à la Société une observation de fibrome de la paroi abdominale et de présenter la pièce opératoire. Cette observation est calquée sur le type classique décrit par Huguier et Trélat ; la malade est une jeune femme primipare. La tumeur présentait cliniquement un pédicule et semblait avoir une implantation sur l'épine iliaque ; l'opération a montré qu'il n'en était rien. La tumeur encapsulée était intra-musculaire sans aucune attache osseuse ou périostique.

Louise B..., originaire du Morbihan, âgée de 24 ans, parle assez mal le français. Nous avons cependant appris que la malade a eu la fièvre typhoïde à 18 ans et a accouché d'un garçon à 22 ans (mai 1911). Accouchement spontané sans intervention de médecin ni de sage-femme ; pas d'incidents, ni de complications *post partum*. Il y a un mois environ, la malade a découvert une grosseur dans la paroi abdominale droite et a consulté un médecin qui n'a fait aucun diagnostic. Ce confrère a adressé cette jeune femme à M. Ricard, notre maître, il y a 10 jours.

Examen. — On constate, à la vue, l'existence d'une tumeur soulevant la paroi abdominale à la région de Mac Burney : cette saillie a le volume d'une noix. Lorsque la malade contracte sa paroi, la saillie s'efface et disparaît.

A la palpation, on sent très bien nettement cette tumeur ; sa forme est arrondie, sa consistance est ligneuse et ses contours sont réguliers, son volume est celui de deux noix juxtaposées ; la tumeur paraît encapsulée et est parfaitement libre sur tous les points : on la mobilise très facilement de haut en bas, sous la peau qui ne lui adhère nullement. En dehors, on sent un pédicule dur qui s'amincit en approchant de l'épine iliaque antérieure droite sans l'atteindre cependant : car on perd le contact du pédicule à 2 centimètres de l'os ; cliniquement on ne peut pas affirmer que le pédicule s'implante sur le squelette.

Enfin, si on fait contracter la paroi abdominale en demandant à la malade de s'asseoir, on est frappé par ce fait : *la tumeur disparaît complètement*. On peut donc affirmer qu'elle est rétromusculaire ou qu'au moins elle est située derrière le grand oblique. (Dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, on remarque que la contraction de la paroi augmente le volume de la tumeur, au lieu de la faire disparaître.)

M. Ricard fait le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale et décide d'opérer la malade.

Intervention par M. Ricard le 3 février 1913. Anesthésie au chloroforme, incision verticale dans la fosse iliaque droite sur la tumeur.

Découverte du grand oblique *intact*, incision du muscle ; on découvre la tumeur qui siège dans le muscle; *petit oblique et dans le transverse*, adhérence intime

avec le péritoine pariétal qui est incisé franchement.

Incision du muscle en ellipse autour de la tumeur qui est extirpée très facilement.

Appendicectomie, suture des parois au bronze en un plan. *Guérison per primam.*

Examen de la pièce. — La pièce est fendue en deux parties égales ; chaque moitié a le volume d'une noix, tissu *dur*, criant sous le couteau, sec, sans suc au raclage de la surface de section, tumeur fibreuse présentant l'architecture en tourbillon des fibro-myomes utérins couleur gris rouge.

La tumeur est très nettement encapsulée dans une graisse conjonctive : l'énucléation sous-capsulaire est très facile.

La capsule adhère intimement au muscle. Il s'agit donc sûrement d'une tumeur bénigne. Il semble bien, à l'œil nu, que cette tumeur soit constituée par du tissu fibreux à peu près pur, d'aspect cicatriciel. Nous présenterons ultérieurement à la société des coupes histologiques (1).

Nous insistons sur les deux facteurs étiologiques : fièvre typhoïde et accouchement. Y a-t-il eu myosite et rupture typhoïdique du muscle ? Y a-t-il eu rupture traumatique pendant l'accouchement ?

Nous l'ignorons. La tumeur a été découverte par la malade 4 ans après la dothiénentérie et 2 ans après l'accouchement.

(1) Il s'agit de fibro-myome pur dont les fibres sont orientées en tourbillon.

Myome œdémateux de l'utérus en voie de transformation sarcomateuse (*Société anatomique*, 14 février 1913).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique un cas de myome œdémateux de l'utérus qui nous a paru intéressant en raison de la communication récente de notre collègue Louis Bazy.

Le 24 juillet 1912, nous recevions salle Lisfranc, à l'hôpital Saint-Antoine, une malade de 34 ans, Mme Sch., journalière, présentant un syndrome clinique de kyste de l'ovaire tordu ! Son médecin, consulté à plusieurs reprises depuis 4 ans pour une tumeur abdominale, avait fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et conseillé en vain l'ablation. Quatre jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, celle-ci avait été prise de douleurs brusques dans l'abdomen, douleurs extrêmement violentes empêchant même la palpation, puis de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le ventre était de bois ; on constatait par la percussion la présence d'une tumeur mate remontant aux fausses côtes.

Ayant pensé à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, nous décidons de procéder à une laparotomie.

Celle-ci nous conduit sur une tumeur de forme très irrégulière, composée de trois étages : l'inférieur, irrégulièrement globuleux, représentait probablement ce qui était primitivement le corps utérin ; au-dessus, séparée de cette masse par un isthme ayant le calibre de trois doigts, une seconde masse sphérique, surmontée elle-même d'un isthme conduisant à une partie ayant vaguement la forme d'un thalle de champignon et occupant la région épigastrique.

Nous avons pratiqué une hystérectomie totale, rendue difficile par les adhérences de la partie inférieure de la tumeur au rectum et surtout à la vessie ; hystérectomie assez irrégulière par conséquent comme technique.

Les suites opératoires furent bonnes et la malade sortit du service vingt-cinq jours après l'opération, bien guérie.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myome œdémateux de l'utérus. Le tissu musculaire lisse constitue à peu près seul la totalité des coupes ; il n'est que très faiblement associé au tissu fibreux.

Dans un point assez restreint d'une préparation, on peut constater le début absolument net d'une transformation sarcomateuse de ce myome par évolution directe des cellules musculaires lisses en cellules sarcomateuses. Nous n'avons pas pu trouver d'évolution plus avancée en d'autres points.

Section traumatique du nerf cubital à la face postérieure du bras. Suture immédiate. Rétablissement de la fonction 48 heures après la suture. Persistance partielle de l'anesthésie. Atrophie secondaire des interosseux et de l'éminence hypothénar. Intégrité des fléchisseurs. Résultat fonctionnel satisfaisant (*Gaz. des hôp.*, mars 1913).

A. M..., Italien, 34 ans, reçoit un coup de couteau au bras gauche dans la nuit du 31 décembre 1912 au 1er janvier 1913.

Admission d'urgence à Saint-Antoine, à 4 heures du matin, salle Velpeau, service de M. Ricard.

Le blessé est ivre et excité, a perdu beaucoup de

sang (facies pâle et décoloré), le bras gauche est enveloppé dans un appareil compressif appliqué, en ville, par un pharmacien qui a bourré d'*amadou* une vaste plaie siégeant à la face postérieure du bras gauche — plaie faite par un rasoir ou un couteau — nette, linéaire, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. En haut, la plaie remonte au V deltoïdien et descend en bas (en spirale) à deux travers de doigt de l'épitrochlée en contournant la face postérieure du bras. Toutes les parties molles sont sectionnées jusqu'à l'humérus — triceps rétracté, plaie béante — artérioles donnant en jet et pincées immédiatement.

Il est impossible d'examiner la sensibilité et la motilité du membre, en raison de l'état d'ivresse du blessé, cependant le petit doigt semble inerte.

Nous nous proposons de suturer cette plaie avec l'assistance de notre collègue A. Moulonguet et le blessé est endormi au chloroforme.

En examinant alors la plaie, nous voyons le bout supérieur du nerf cubital sectionné très bas, libre, dénudé sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Bout inférieur invisible. Nous le recherchons en incisant la cloison intermusculaire et en débridant de proche en proche vers l'épitrochlée ; ce bout nerveux nous apparaît, ayant l'aspect d'une veine: noirâtre, violacé, infiltré de sang.

Nous cherchons le radial et le découvrons dans la gouttière de torsion : ce nerf est intact, ainsi que ses vaisseaux satellites.

Nous suturons immédiatement le cubital, après résection de 2 à 3 centimètres du bout inférieur infiltré de sang. Aiguille de couturière et catgut 00, 1 point

perforant maintiennent en contact les 2 bouts, 2 points non perforants suturent latéralement les gaines du nerf. Ensuite, nous suturons le triceps par des points isolés en U, l'aponévrose par un surjet de catgut; nous enfouissons le cubital sous une lame celluleuse.

La peau est suturée à la soie et un drain est mis dans la profondeur. Nous n'avons pas lavé la plaie (ni à l'eau oxygénée, ni à l'iode, ni à l'alcool) en raison de la dénudation du cubital sur une assez grande longueur.

Le 2 janvier, nous changeons le pansement : le malade remue tous les doigts, la main est anesthésiée dans le territoire cubital.

Le 3 janvier (50 heures après la suture), nous constatons la *restitutio ad integrum* au point de vue moteur, mais au point de vue sensitif, le petit doigt (seul) reste insensible à la piqûre et au frôlement.

État le 3 janvier :

Motricité. — Tous les muscles innervés par le cubital fonctionnent normalement, la main n'est pas déformée et ne présente pas l'aspect de la griffe cubitale, les phalanges ne sont point en extension forcée.

Le malade peut très bien faire contracter les deux faisceaux internes du fléchisseur commun profond, les 4ᵉ et 5ᵉ doigts sont aussi souples que les autres.

Le cubital antérieur incline la main sur son bord cubital avec autant de force que du côté sain, la flexion de la main n'est pas amoindrie.

Les muscles de l'éminence hypothénar ne sont ni paralysés ni parésiés.

L'adducteur du pouce a conservé sa force normale dans le mouvement d'opposition du 1ᵉʳ et du 5ᵉ doigt.

Enfin les lombricaux et interosseux accomplissent très bien leurs mouvements : la flexion des premières phalanges et l'extension des 2 dernières avec écartement latéral des doigts.

Sensibilité. — Le territoire cubital est bien connu : face palmaire : le 5ᵉ doigt, la moitié du 4ᵉ doigt et l'éminence hypothénar, face dorsale, 5ᵉ doigt, moitié du 4ᵉ, 1ʳᵉ phalange du 3ᵉ doigt.

Chez notre blessé, l'anesthésie persiste sous ses trois modes (tact, douleur, chaleur) sur les téguments du petit doigt et sur le rebord cubital de la main — la paume et la face dorsale de la main sentent aussi bien que du côté sain.

Aucune douleur, aucune sensation subjective de fourmillement, aucun trouble vaso-moteur.

Cependant en 25 ou 30 jours, la réaction de dégénérescence apparaît à l'examen électrique (docteur Claude, médecin de Saint-Antoine). Malgré le rétablissement quasi normal de la motricité, notre collègue Porak a observé à l'examen électrique : hypoexcitabilité faradique et galvanique des muscles, avec lenteur et paresse de la contraction. Inexcitabilité des muscles par l'électrisation du nerf.

Ces résultats semblent contradictoires avec l'examen clinique.

En février, malheureusement, une atrophie musculaire vient démontrer la réalité de cette R. D.

L'atrophie se manifeste, mais se localise à la main, c'est-à-dire aux muscles de l'éminence hypothénar et aux interosseux.

Sur l'éminence : peau flasque, ridée, plissée, trop large, saillie effacée. De plus, le malade ne peut plus,

comme en janvier, écarter et rapprocher les doigts étendus — ces mouvements de latéralité sont possibles, mais pénibles et faibles. Au contraire, le mouvement d'opposition du pouce est intact ainsi que les fléchisseurs des doigts. La flexion des doigts (y compris 4 et 5), l'opposition du pouce, se font normalement. Le malade peut reprendre son travail, se boutonner, rouler une cigarette et n'est pas gêné par son traumatisme.

A l'état de repos, la main présente une ébauche, un très léger degré de griffe cubitale, localisée aux 2 derniers doigts (extension de la 1re phalange, flexion des 2 dernières), mais en contractant tous ses muscles, le malade arrive à corriger cette légère déformation.

Nous rappellerons qu'en 1884, Pillaux avait vu la fonction motrice du médian se rétablir 24 heures après la suture. Il en fut de même dans les cas de Berger, Lefort, Chaput.

Le plus souvent, même dans les cas heureux, les résultats sont tardifs : 12e jour pour le médian cubital (Paget, 1883), le 85e jour (Nicaise). Dans un cas publié récemment à la Société de Chirurgie par Giron (d'Aurillac), la guérison ne fut obtenue partiellement qu'au bout d'un an, et définitivement qu'au bout de 2 ans (suture du nerf sciatique).

Dans quelques observations (Pillaux-Lefort), la flexibilité reparut en quelques heures, la motilité plus tard.

En général, la sensibilité reparaît la première, puis la motilité, et seulement au bout de 2, 3, 6 mois, 1 an.

Dans notre observation, il est évident que le nerf cubital n'est pas encore régénéré puisqu'il y a R. D. et atrophie *partielle*.

D'autre part, le nerf n'est pas complètement annihilé au point de vue physiologique. Il est fort regrettable que l'état d'ivresse ne nous ait pas permis d'examiner le blessé avant la suture, nous ignorons quels étaient, avant l'intervention, les troubles d'anesthésie et paralysie.

Nous ne pouvons donc pas apprécier le rôle de la suture dans le rétablissement satisfaisant de la fonction motrice. Nous ne pouvons pas savoir s'il y a « conservation paradoxale » des mouvements par anastomose du médian avec le cubital.

Sarcome musculaire de la face postérieure de l'omoplate droite. Ablation de l'omoplate. Pièce opératoire.

(Avec M LABEY)

Nous vous présentons une pièce qui sera l'objet d'une publication ultérieure.

Il s'agit d'un homme adulte très vigoureux qui présentait au niveau de l'omoplate droite une tumeur du volume des deux poings, apparue il y a trois mois à peine.

Tumeur liquide constituée par du sang pur.

La radiographie nous a fait commettre une erreur de diagnostic en montrant dans l'omoplate une zone ronde, polycyclique et claire. Le diagnostic fut : sarcome de l'omoplate.

Opération. — Extirpation de l'omoplate. Suture au fil d'argent de la capsule humérale à la voûte claviculaire (Quénu). Guérison aseptique.

Le résutat fonctionnel est très bon, le bras est solidement attaché et n'est point ballant. Le tendon du biceps fut également suturé aux plans fibreux claviculaires, comme la capsule périhumérale.

Nous présenterons à la prochaine séance des coupes histologiques de la tumeur qui est développée aux dépens des muscles sous-épineux, adhère à l'os sain et non envahi.

Sténose pylorique (**ulcus cicatrisé très probablement**). — **Cachexie.** — **Intolérance gastrique absolue.** — **Gastro-entérostomie à la Ricard.— Guérison. Le malade engraisse** (**16 kilos en cinq mois**) (*Société de Chirurgie de Toulouse, 10 février 1914*) (en collaboration avec M. Roy)

B..., ouvrier d'artillerie, 61 ans (taille 1m 80), a toujours eu une santé parfaite jusqu'en 1897. A cette époque sont apparus des troubles gastriques caractérisés par des crampes douloureuses après les repas, avec régurgitations acides; appétit conservé; douleurs disparaissant par l'emploi des alcalins et l'ingestion d'aliments. Ce malade a été soigné pour hyperchlorhydrie et dyspepsie de 1897 à la fin de l'année 1911. Jamais le malade n'a éprouvé de violente douleur en broche, n'a vomi de façon régulière; jamais de malœna. Donc, aucun signe net d'ulcus de 1897 à 1912, le malade fut considéré non comme ulcéreux, mais comme dyspeptique hyperchlorhydrique banal.

Cependant, depuis 1910, le malade a commencé à maigrir. Au début de l'année 1912, les vomissements sont devenus périodiques, apparaissant tous les trois ou quatre jours et constitués par des débris alimentaires reconnaissables. Dès mars 1912, le malade a pris l'habitude de s'évacuer *chaque jour* l'estomac avec le tube de Faucher lorsqu'il ne vomissait pas spontanément.

Peu à peu l'amaigrissement en arrive à un état voisin de la cachexie. *De mars 1912 à septembre 1913* (date de l'opération), le malade s'est vidé l'estomac *chaque jour*, lui-même, avec le tube de Faucher.

7 juillet 1913. — Le tubage à jeun ramène une quantité abondante de liquide à forte odeur butyrique, renfermant de nombreux débris alimentaires. Ce liquide ne renferme pas d'Hcl libre.

Après lavage de l'estomac, on donne au malade un repas d'Ewald, qui est retiré une heure après.

L'analyse du repas donne les résultats suivants :

Absence d'Hcl libre.

Acidité totale : 1,46 (Normale : 1,90).

Faible proportion d'acide lactique; peu de peptones.

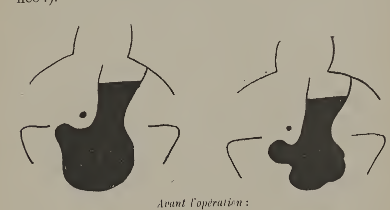
Matières amylacées abondantes.

Dr Timbal.

En juillet 1913, examen du Dr Timbal : radioscopie, radiographie, examen chimique du suc gastrique après repas d'épreuve.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital militaire en août 1913. Taille 1^m^80, poids 65 kilos; maigreur extrême; pas de ganglions nulle part. Enorme estomac clapotant descendant presque jusqu'au pubis; péristaltisme de gauche à droite; tension intermittente et contraction en masse de l'estomac; clapotage permanent; liquide résiduel et stase à jeun le matin. Pylore perceptible, dur, mobile (volume et sensation d'une noix); langue saburrale; insomnie; douleurs peu violentes, mais à peu près continues; urines non albumineuses sans sucre, mais pâles et mousseuses; cœur scléreux, clangoreux, parfois arythmique; 2e bruit très fort; radiale en tuyau de pipe; pouls fort; pas d'œdème des extrémités.

Diagnostic : sténose pylorique serrée due probablement à la cicatrisation d'un ulcus calleux (réserve, néo ?).



Avant l'opération :

1) Estomac au repos

2) Au commandement de : ventre creux

Opération le 9 septembre 1913 : Gastro-entérostomie postérieure par suspension verticale postérieure à la Ricard; chloroforme avec le Ricard; pas d'exclusion (pylore oblitéré et non saignant); suites parfaites; ni fièvre, ni vomissements, ni nausées, ni douleurs; gaz, selles, urines normalement; la température n'a jamais dépassé 37,5.

Réunion *per primam;* alimentation et boissons dès le cinquième jour.

Deux incidents extra-opératoires :

1° Abcès chaud de la cuisse par injection médicamenteuse septique;

2° Œdème des membres inférieurs cachectique d'après Baudet et Roy; cardio-rénal chloruré d'après nous (âge, cœur, pouls, urines, œdème dur, rouge, sans

phlegmasie, maximum le soir, minimum le matin), guéri par théobromine et régime déchloruré.

Etat de l'estomac constaté à l'opération. — Enorme estomac très musculeux et vasculaire; ni adhérences, ni périgastrite nulle part; pas de ganglions sur la coronaire, ni dans l'épiploon.

Pylore très mobile, dur, blanc, brillant, gros comme une noix; ne présente pas la cicatrice étoilée et déprimée qui caractérise l'ulcus cicatrisé; tient faiblement à la vésicule biliaire. Le pylore semble à peu près complètement oblitéré. En raison de l'état général très précaire, et pour gagner du temps, on ne fait pas l'exclusion du pylore, laquelle d'ailleurs semble inutile. Pas vu de veine pylorique.

Sténose *pylorique* ou sténose *duodénale?...* Impossible de préciser.

Chimie : néo possible.

Clinique : ulcus probable.

De visu : ??... ulcus probable, cicatrisé, calleux.

Suites : pas de néo probablement.

Pas d'exclusion pour les raisons suivantes : pylore bouché, ulcus ancien cicatrisé non saignant et guéri.

Résultat éloigné (cinq mois) :

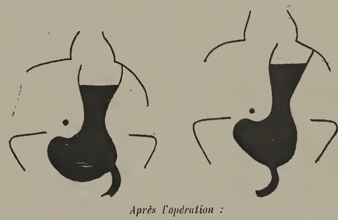
Poids à l'opération : 65 kilos (9 septembre 1913); le 20 janvier 1914, *80 kil. 300.*

A gagné le 1er mois..........	8k500
— 2e mois..........	5k »
— 3e mois..........	2k »

Le 18 janvier : est allé à un banquet, a bu et mangé *à discrétion.*

Le 31 décembre : a fait 6 kilomètres à pied dans la neige à travers champs; a traîné, pendant 150 mètres 150 kilos de bois sur une brouette.

Appétit conservé; mange et boit à discrétion; ni constipation, ni diarrhée; ni renvois, ni vomissements; ne souffre pas, « ne sent plus son estomac »; digestions parfaites.



Après l'opération :

3) Au repos

4) Au commandement de : Ventre creux. Rien ne passe par le pylore.

Fonctionnement de la gastro-entérostomie établie en septembre 1913.

On donne au malade 350 grammes de lait bismuth gommé. L'estomac devient ainsi visible dans son entier, avec une poche à air assez volumineuse. Pendant quelques minutes, l'image reste la même, puis on voit une ombre apparaître au niveau de la grande courbure, vers la fosse iliaque gauche.

L'image est plus nette lorsqu'on demande au malade de faire « ventre creux » ; l'estomac remonte alors de 1 centimètre environ et ses dimensions verticales diminuent, tandis que ses dimensions transversales augmentent. On peut alors étudier en détail la manière dont l'estomac se vide. On voit une ombre se former sur la grande courbure, vers la partie la plus déclive. Cette ombre est le résultat des contractions qui se montrent au niveau de la grande courbure et qui font engager le bismuth dans la bouche anastomatique. Ces contractions sont intermittentes, aussi l'évacuation de l'estomac par la bouche est-elle, elle aussi, intermittente : on voit une petite masse de bismuth se détacher de la grande, augmenter progressivement, puis tomber dans l'intestin ; quelques secondes après, une ombre semblable se forme, pour disparaître de même. — En somme, la bouche fonctionne absolument comme un pylore normal, et je n'ai pas vu la moindre trace de bismuth passer par le vrai pylore. — Je dois ajouter que l'évacuation de l'estomac par la bouche s'est faite pendant quelques minutes d'une manière contraire, puis elle est redevenue intermittente et l'est demeurée pendant toute la durée de l'examen, soit environ une demi-heure.

D[r] TIMBAL.

Technique de la gastro-entérite par le procédé de Ricard. — Suspension verticale postérieure de l'intestin. — Bouche déclive et verticale.

Voici en quoi consiste ce procédé, tel que M. Ricard l'a enseigné à l'un de nous pendant une année d'internat :

Anesthésie. — La broncho-pneumonie pseudo-lobulaire suppurée, à foyers multiples, étant la principale cause de mortalité des opérés, la péritonite étant en pratique d'une extrême rareté, il était logique d'admettre un lien de cause à effet entre l'anesthésie générale et la broncho-pneumonie post-opératoire. Cette broncho-pneumonie qui ne s'observe jamais en ville chez les malades opérés à la Maison de Santé, est assez fréquente à l'Hôpital chez les malades hospitalisés préalablement en salle commune dans les services de médecine. Il est probable que l'anesthésie favorise l'éclosion de l'infection pulmonaire chez des sujets en état de microbisme latent et de pneumococcie » latente, résultant de l'hospitalisation.

Malheureusement, en pratique, l'anesthésie locale est impossible à obtenir — les rachi-anesthésies ne donnent pas de résultats fidèles et constants (novostovaïne), la rachi-cocaïne est dangereuse. Enfin, avec tous ces procédés d'anesthésie, le malade peut remuer, parler, tousser, ce qui offre de graves inconvénients. L'anesthésie générale absolue est indispensable : l'éther pouvant donner des accidents bronchitiques, on emploiera le chloroforme avec l'appareil de Ricard

(un tour de chloroforme et deux trous ouverts) : ainsi on pourra opérer avec 10 grammes de chloroforme seulement — et même moins.

Instrumentation. — Le thermocautère, les écarteurs abdominaux, les clamps, pinces à coprostase sont absolument inutiles, car on va opérer hors du ventre, bien protégé, et d'ailleurs rien ne s'écoule de l'estomac.

Il est nécessaire d'avoir à sa disposition quelques pinces de Chaput à dents de souris et des petites pinces hémostatiques de Kocher (petit modèle de Terrier). On emploiera pour les surjets l'aiguille de couturière demi-courbe, tenue entre le pouce et le médius, l'index épaulant la courbure. On pourra ainsi facilement « charger » tout ce que l'on voudra de tissus sans recourir à un porte-aiguille (nécessaire pour l'emploi des petites aiguilles courbes) et sans armer la main gauche d'une pince à disséquer (nécessaire pour plisser les tuniques, si l'on emploie l'aiguille de couturière droite. Fil n° 0 catgut (séro-séreux) et soie (surjet total).

Technique. — Incision médiane, petite incision admettant quatre doigts. Après exploration, le mésocôlon extériorisé est étalé et ouvert. L'estomac altéré par la brêche, le tout étant *hors du ventre*, côlon, mésocôlon et estomac. La cavité péritonéale est alors protégée par de *grandes compresses mouillées de sérum chaud à 50° degrés*, et on va opérer « en l'air » hors du ventre, sur un lit de grandes compresses, réalisant une occlusion complète de la brèche pariétale.

Suspension verticale de l'intestin. — Sur la ligne médiane une pince de Chaput fixe la petite courbure

en bas, et une autre fixe la grande courbure en haut, l'estomac étant renversé en haut, face postérieure sous l'œil et la main de l'opérateur.

Les deux pinces tendent ainsi la face de l'estomac qui se plisse, forme relief bourrelet, le long duquel nous allons amarrer l'intestin — verticalement sur la ligne médiane de la grande à la petite courbure.

L'anse intestinale étant repérée comme dans tous les autres procédés de gastro-entérostomie et choisie, est attirée, *tendue* sur l'angle duodéno-jéjunal et accolée sur le « pli » gastrique de bas en haut; les deux pinces Chaput déjà fixées saisissent à la fois grande courbure et intestin d'une part, en haut; petite courbure et intestin d'autre part, en bas.

1° *Surjet séro-séreux.* — Il en résulte que l'anse *tendue* et rectiligne s'accole à l'estomac dont la paroi est également tendue (soit à droite, soit à gauche de l'intestin cela est indifférent). Voilà la suspension verticale réalisée : il n'y a plus qu'à passer entre les deux pinces de Chaput, de la grande à la petite courbure, un surjet séro-séreux gastro-intestinal au catgut n° 0: les deux chefs sont saisis par deux pinces et ne sont pas coupés.

Ouverture de la bouche. — La bouche doit être faite au point déclive de l'estomac, sur la face post de l'organe renversé en haut, au point le plus saillant de la convexité, le plus près possible de la grande courbure, entre les vaisseaux volumineux qui partent de la grande courbure et qu'au besoin on décolle avec une compresse. La bouche doit être verticale et mesurer environ 3 centimètres. A 5 millimètres du surjet sé-

reux on incise verticalement et parallèlement au surjet le péritoine avec le bistouri, on ponctionne la muqueuse au bistouri et on agrandit avec les ciseaux.

La muqueuse fait hernie : on en resèque l'excès avec les ciseaux : deux pinces Chaput repèrent les deux extrémités de la bouche.

Idem sur l'intestin : à chaque extrémité des deux bouches la même pince de Chaput saisit à la fois la tranche gastrique et la tranche intestinale. L'aide tire sur les deux pinces et ainsi soulève et *tend* la paroi gastrique et la paroi intestinale adossées séreuse contre séreuse : ainsi le chirurgien va pratiquer la suture totale très loin du ventre, encore plus loin du ventre et des compresses qui le protègent ; et de plus, grâce à cette manœuvre, rien ne sort ni de l'intestin ni de l'estomac, à condition que le sommeil anesthésique soit complet. Aussi peut-on indifféremment ouvrir d'abord soit la bouche gastrique, soit la bouche intestinale.

Deux cas se présentent : cas favorables, rien ne saigne ;

Cas défavorables, un, deux, trois, quatre, cinq artérioles saignent sur les tranches de section, ce qui exige autant de ligatures au catgut de 0 et peut demander dix et même quinze minutes.

2° *Surjet total perforant à la soie.* — L'aiguille de couturière montée sur soie n° 0 et longue, commence le surjet à une extrémité sur la paroi gastrique et la paroi intestinale adossées d'un bout à l'autre de la bouche — le surjet est arrêté et les deux chefs repérés sur deux pinces.

3° *Surjet total.* — Puis un surjet analogue total et perforant est pratiqué sur les deux autres lèvres des deux bouches : les deux chefs en sont solidarisés avec les deux chefs du surjet précédent.

L'occlusion est parfaite et dès lors, sans aucun inconvénient le malade peut pousser et vomir.

4° *Surjet séreux.* — Il ne reste plus qu'à terminer par un deuxième surjet séro-séreux au catgut 0 enfouissant la bouche anastomique. Ce surjet part de la grande courbure, aboutit à la petite.

Ses deux chefs de catgut sont solidarisés avec ceux du surjet séreux initial; l'opération est terminée.

Pas de drainage. — Il est inutile de drainer et cela serait d'ailleurs impossible puisque la brèche mésocolique est fermée avec deux ou trois points isolés.

Fermeture du ventre. — Selon M. Ricard il est indispensable d'employer la suture métallique au bronze en un seul plan total (peau, muscle et péritoine) : cette suture étant la seule utilisable en cas de laparotomie sus-ombicale, trois fils sont suffisants et laissés dix jours.

Durée de l'opération : de vingt à trente minutes selon les cas, l'hémostase des tranches gastriques pouvant demander dix minutes quand elles saignent.

Suites opératoires. — Parfaites, sauf au cas, rare, de broncho-pneumonie : pouls rapide le premier jour; dyspnée le deuxième; asphyxie le troisième; rien à faire en ces cas, tout a été essayé et en vain.

D'habitude, suites extrêmement bénignes; la réunion *per primam* est de règle (même chez les malades

qui meurent de broncho-pneumonie le quatrième ou cinquième jour).

Au bout de dix-douze heures la gastro-entérostomie est « solide », dès que le surjet séro-séreux a agglutiné le péritoine gastrique au péritoine intestinal.

Indications thérapeutiques. — Le lavage systématique, répété et précoce de l'estomac dès le soir de l'opération lorsqu'on observe un de ces trois signes : régurgitation chocolat; haleine mauvaise; hoquet. Le simple lavage fait immédiatement disparaître tout cela.

Alimentation des opérés. — Immédiate (Monprofit); tardive (Mathieu).

Ricard : Jour de l'opération, diète.

Le lendemain, eau;

Le surlendemain, lait;

Le troisième jour, lait, œuf, potage;

Dès le cinquième jour, à discrétion : eau, lait, œuf, potages, purées;

Le huitième jour, purgatif;

Le dixième jour, les fils de bronze sont enlevés;

Le quinzième, le malade se lève.

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

1° *Pas de « circulus viciosus ».* — Les matières gastriques passent forcément dans le bout jéjunal de l'intestin (bon bout) et ne peuvent pas pénétrer dans le bout duodénal (mauvais bout).

Jamais après l'opération de Ricard on n'observe de vomissements répétés et de « circulus viciosus ». Or, cet accident peut très bien se produire après les opé-

rations de Mayo ou Von Hæker et surtout après les simples gastro-entérostomies au bouton de Murphy ou au bouton de Jaboulay, car alors l'intestin ne tient à l'estomac que simplement par la bouche artificielle; les deux segments duodénal et jéjunal de l'intestin s'accolent en canon de fusil, se coudent par angulation au niveau de la bouche; il en résulte que le chyme peut entrer indifféremment dans le duodénum ou dans l'iléon.

2° *Pas d'ulcère peptique.* — Bile et suc pancréatique passent directement dans l'iléon (sans entrer et stagner dans l'estomac) après l'opération de Ricard.

En résumé, l'opération de Ricard n'apporte aucun trouble aux fonctions chimiques de l'estomac et de l'intestin et ne modifie point le mécanisme de l'excrétion biliaire et pancréatique.

Kyste paraovarien intraligamentaire ayant subi la dégénérescence maligne (?) — Tuberculose et fibrome de l'utérus — Hystérectomie — Ablation incomplète du kyste — Guérison maintenue depuis 6 ans. (Cette obs. a été présentée à la *Société de Chirurgie de Toulouse*, le 20 mai 1914) (Rapport de M. DAMBRIN).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une observation du kyste parovarien inclus et épithéliomateux, associé à des lésions tuberculeuses utérines développées sur un utérus déjà fibromateux.

La dégénérescence maligne des kystes wolfiens est assez rare et nous n'en avons trouvé aucune observation dans les publications de ces dernières années. Les

traités se bornent à signaler cette malignité comme possible : « on a signalé la transformation papillaire et épithéliale » de ces kystes, dit Bégouin « comme dans les kystes de l'ovaire et plus rarement que chez ces derniers, on rencontre au cours de l'évolution des kystes parovariens, des accidents divers..... enfin, la tranformation papillaire et épithéliale » (Faure et Siredey).

« Après une période insidieuse, parfois assez longue, ces kystes au ligament large peuvent, comme les kystes dc l'ovaire, prendre unc marche rapide. » (Segond, in Duplay-Reclus); et M. Pozzi décrit les kystes inclus et papillaires.

Comme on le verra à la lecture de cette observation, aucun caractère positif ne nous permet d'affirmer l'origine wolfienne du kyste intra-ligamentaire. Mais, comme il est évident, à l'examen de la pièce, qu'on ne peut penser à une origine ovarienne, nous admettons que ce kyste est vraisemblablement wolfien. D'autre part il ne s'agit sûrement pas d'un kyste du canal de Gartner. Par conséquent, ce kyste cst développé aux dépens de l'organe de Rosenmüller ou du parovaire de Waldeyer.

Nous avons fait une kystérectomie subtotale et non totale parce que, au cours de l'opération, la tranche de section du col nous parut saine, de même que nous avions auparavant constaté l'intégrité du museau de tanche.

Si le col — que nous n'avons pas enlevé — présente des lésions tuberculeuses, ces lésions sont bien minimes, car depuis l'opération, aucun suintement glaireux ou sanglant ne révêle leur existence.

A notre grand regret, il nous a été impossible de faire une exérèse complète de la tumeur maligne que nous avons eu la surprise de découvrir après avoir ouvert le ventre.

En effet, le fragment néoplasique que nous avons été obligé d'abandonner « in situ » englobait l'uretère et était si fortement adhérent que nous sommes convaincus que toute tentative (qui eût peut-être été infructueuse) eût exigé, à priori, le sacrifice de l'uretère, une résection partielle de plusieurs centimètres, et nous avons acquis la conviction (avant de refermer le ventre) que la suture bout à bout et l'implantation dans la vessie eussent été également impossibles. A la rigueur, nous aurions bien pu implanter l'uretère dans l'intestin, mais cela eût comporté des dangers immédiats et graves, sans bénéfice appréciable.

Récemment, un chirurgien italien, Pampanini (*Journal de Chir.*, octobre 1913), a étudié 13 cas dans lesquels la tuberculose et un néoplasme génital étaient associés (9 fois il s'agissait de kyste). Dans aucun de ces cas le kyste n'était dégénéré et malin — tous ces malades avaient des lésions — ou avaient eu des lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses.

Dans notre observation il n'en est rien, car il est cliniquement à peu près certain que chez notre opérée la tuberculose utérine est actuellement la seule localisation de la maladie.

Faut-il considérer comme tuberculeuse la pelvi-péritonite de notre malade. En 1897, nous ne pouvons l'affirmer, mais il n'est pas invraisemblable de l'admettre : on ne peut, en effet, invoquer une infection

streptococcique chez une malade qui n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais fait de fausse-couche.

Rien ne nous permet d'attribuer cette pelvi-péritonite à une infection gonococcique. D'ailleurs, les annexes gauches malades présentaient des granulations tuberculeuses, mais non les lésions habituelles de salpingites pyogènes banales.

Nous pensons que la date d'apparition de la tumeur qui nous est donnée par la malade (août 1913), marque le début de l'évolution maligne du kyste jusqu'alors latent et ignoré.

Observation. — Madame X..., âgée de quarante-et-un ans, nous est adressée par le docteur Cavaillé, de Villefranche-d'Aveyron, pour tumeur hypogastrique avec métrorragies.

Cette malade, en très bon état, ne présente ni anémie, ni amaigrissement, est mariée depuis l'âge de vingt ans et, ne fut jamais enceinte.

Les règles ont toujours été normales, apparaissant régulièrement chaque mois, et durant trois jours : il n'y eut jamais ni retards ni douleurs. Aucun autre antécédent digne d'être noté. En particulier, pas de tuberculose, pas de bronchite ni de pleurésie. Aucune maladie infectieuse. Parfaite santé jusqu'en 1897.

A cette époque éclata une pelvi-péritonite aiguë accompagnée de cystite aiguë : le ventre fut ballonné, il y eut des vomissements, de vives douleurs et tout rentra dans l'ordre en trois semaines. Mais à la suite de cet épisode, apparurent des pertes blanches sans odeur, dont la malade n'a jamais pu se débarrasser.

De temps à autre se produisent des coliques, liées à une constipation rebelle, mais les règles ne furent jamais modifiées et restèrent normales.

En août 1913, la malade découvrit que son ventre grossissait, et, en même temps, les règles sont devenues plus fréquentes, au point d'apparaître, *régulièrement tous les quinze jours :* c'étaient des pertes rouges, liquides, sans caillots, sans odeur, sans aucun débris, sans glaire : *c'était du sang pur*. Ces hémorragies de la quinzaine s'accompagnaient de douleurs hypogastriques ne s'irradiant ni dans les cuisses, ni dans la région lombaire. Ces accidents persistent, se reproduisent régulièrement tous les quinze jours depuis six mois. Chaque fois la malade est obligée de s'aliter pendant deux ou trois jours.

Les renseignements fournis par la malade nous font, à priori, penser à un fibrome utérin, et voici le résultat de l'examen clinique :

Inspection et palpation du ventre. — La paroi est soulevée par une tumeur ayant l'aspect d'une grossesse de 4 à 5 mois. Tumeur arrondie à deux doigts de l'ombilic. Son contour est rond, cependant à gauche, on sent deux grosses bosselures irrégulières, donnant la sensation de deux mandarines adhérentes à la tumeur. La tumeur est *mobile* latéralement, et il est très facile de la déplacer, mais la matité descend jusqu'au pubis, qui n'est pas séparé de la tumeur par une bande sonore. Le décubitus latéral déplace à peine la tumeur. Cette tumeur n'est pas très dure, n'est pas fluctuante, mais rénitente, élastique, et les deux bosselures perceptibles à gauche sont très dures.

Pas d'ascite appréciable.

Toucher vaginal. — Vagin très profond, col difficile à sentir comme si l'utérus était attiré en haut. Col de multipare, non déchiqueté, orifice difficile à percevoir au toucher, mais non dévié. *Col très mobile* en tous sens. Cul-de-sac vaginal droit *libre* et souple. Cul-de-sac vaginal gauche souple, mais le doigt bute sur un corps dur, sur une bosselure de la tumeur; rien dans le Douglas, rien en avant du côté de la vessie; le col est mobilisable avec la tumeur déplacée par la main abdominale, et la main abdominale perçoit le déplacement de la tumeur lorsque le doigt vaginal mobilise le col.

Donc, l'utérus fait corps avec la tumeur.

Spéculum : Aucun renseignement intéressant.

Gros col : non déchiqueté, non ulcéré, petit orifice : aucune lésion visible.

Etat général : pseudo-normal, cœur et poumons en excellent état; pas d'albuminurie ni de glycosurie.

Diagnostic : nous évacuons la vessie; les caractères de la tumeur n'étant pas modifiés nous faisons le diagnostic de gros fibrome utérin, après avoir soigneusement éliminé toute hypothèse et toute crainte de grossesse tardive. Nous repoussons également l'idée d'un kyste mésentérique (auquel nous avions pensé en raison de la mobilité de la partie supérieure de la tumeur). En effet, la tumeur « tient » au col et la matité descend au pubis.

Intervention le 10 février 1914.

Ether (appareil d'Ombrédanne).

Assistent à l'opération : le docteur Cavaillé, le docteur Gorse, le docteur Roy.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : gros kyste bosselé, bleuâtre, inclus dans le ligt large droit. Mise en place de l'écarteur Ricard à trois valves. Nous sommes en présence d'une tumeur liquide, très tendue, ne donnant pas de fluctuations — mobilisable en tous sens — un segment épaissi (d'aspect charnu) du ligt large droit passe sur la tumeur comme une bretelle sur une épaule. L'utérus et refoulé sur la paroi gauche du petit bassin et présente le volume d'une orange et un aspect bosselé : sur sa surface postérieure se trouve un noyau fibromateux gros comme une noix : sur la face antérieure, près de la corne gauche nous voyons deux saillies jaunâtres ayant le volume d'un pois.

Les annexes droites sont à peu près saines et pendent librement, le kyste n'est donc pas un kyste ovarien.

Les annexes gauches sont, au contraire, très malades : très adhérentes à l'anse oméga et à la face postérieure du ligt large gauche et présentent des points jaunes en relief qui sont manifestement des lésions de tuberculose. Mais surtout l'anse oméga adhère très intimément à ces annexes : l'utérus est mobile avec le kyste qui semble faire corps avec lui. Le Douglas est extrêmement profond chez cette malade.

Nous tassons trois champs dans la cavité abdominale, de manière à protéger l'abdomen supérieur et à maintenir l'intestin.

Nous vidons le kyste avec le gros trocart.

Ce kyste est *uniloculaire*, nous le vidons complètement par une seule ponction : le *liquide est clair, limpide, jaune citrin* comme un liquide d'ascite cirrho-

tique. Puis nous essayons d'énucléer le kyste, nous y arrivons sans trop de difficulté pour la partie supérieure dont le clivage est facile, après incision du ligament large. Nous saisissons le kyste avec des pinces, nous en décollons la moitié et ne pouvons pas pousser plus loin son décollement : nous y renonçons provisoirement et décidons de terminer cette extirpation de bas en haut après hystérectomie.

Nous commençons donc l'hystérectomie et tentons d'employer le procédé américain de gauche à droite; mais nous avons les plus grandes difficultés à isoler la trompe gauche, d'autant plus que le colon pelvien adhère fortement au pédicule utéro-ovarien gauche, aux annexes et à toute la face postérieure du ligt large gauche. Par nécessité, nous décollons le colon pelvien lequel est long et muni d'un long méso : nous voyons après ce décollement, que le colon est *cruenté sur une longueur de près de dix centimètres, rouge, saignant :* une ligature est même nécessaire sur une artériole de la musculeuse, mais nous sommes bien sûrs que seule la musculeuse est mise à nu, la muqueuse n'a pas été intéressée.

L'intestin étant décollé et refoulé, nous n'arrivons pas davantage à isoler le pédicule ovarien et la trompe : le tout formant un bloc dont les éléments sont difficiles à identifier. Aussi nous nous décidons à enlever l'utérus seul par le procédé de Terrier. Nous sectionnons les deux ligaments larges, puis le col, après décollement du péritoine vésical et forcipressure des utérines.

De bas en haut, nous extirpons les annexes gauches,

ce qui est assez laborieux : il faut arracher par fragments ces annexes, par morcellement.

Nous attaquons le kyste de bas en haut et de gauche à droite. Le décollement semble bien se faire et nous paraissait presque complet lorsque le kyste se déchire: nous examinons la pièce que nous avons en mains. Il y a une brèche ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs; la paroi kystique est manifestement cancéreuse, végétante et un fragment de la poche est resté adhérent à la paroi pelvienne.

L'uretère est visible, nous le disséquons en amont et en aval et nous assurons qu'il est intact. Nous examinons alors dans le fond, très loin, vers la vessie, ce fragment du kyste : on voit mal ce fragment, tant le Douglas est profond, mais la main le sent bien : dur, ligneux, adhérent, non mobilisable et gros comme une noix. Ce bloc est d'une fixité absolue et nous nous assurons que l'uretère, en allant vers la vessie, semble traverser ce tissu ligneux. Il est évident que toute tentative d'exerèse exigerait le sacrifice de l'uretère qu'il serait impossible d'aller suturer ou d'amener au contact de la vessie pour l'y implanter. Nous renonçons à faire plus, et après hémostase, faisons la péritonisation.

A gauche nous faisons une péritonisation soignée; mais à droite nous n'osons pas fermer le péritoine sur une vaste cavité cruentée suintante, qu'il est impossible d'oblitérer et de supprimer. A droite nous ne faisons donc qu'une péritonisation partielle, laissant entre les deux lèvres du péritoine un orifice destiné à un tamponnement de la cavité cruentée. Badi-

geonnage à l'éther de cette cavité et du Douglas. L'éther arrête même un suintement qui se produisait dans le fond de cette cavité.

Nous terminons par une véritable colopexie iliaque et vésicale, avec quelques points isolés de catgut : c'est le seul moyen de péritoniser et de « recouvrir » le colon pelvien qui est à peu près complètement dépéritonisé sur environ le tiers ou la moitié de sa circonférence.

L'anse oméga se trouve donc fixée sur la ligne de péritonisation du côté gauche et sur la surface postérieure de la vessie.

Un drain est mis au fond du Douglas et sort par le ventre. Ainsi qu'une longue mèche, chiffonnée dans la cavité cruentée sous-péritonéale résultant de l'ablation du kyste.

Nous ne cherchons pas l'appendice et fermons le ventre avec la suture au fil de bronze en un plan total.

Durée de l'opération : 65 minutes.

Suites opératoires favorables, sans aucun incident, sans fièvre et sans vomissements post-opératoires.

Le drain est enlevé le troisième jour, la mèche le quatrième jour, les fils de bronze le dixième jour. Guérison aseptique par première intention. La malade quitte la maison de santé le 5 mars (25e jour) et nous écrit le 24 mars qu'elle n'a plus ni pertes blanches, ni suintement quelconque (le col a été conservé). Il est donc probable que les lésions tuberculeuses du col doivent être minimes si elles existent.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE

Le kyste. — Il s'agit d'un kyste uniloculaire et arrondi — la paroi est épaisse et sa face externe est sillonnée de grosses veines — à voir la face externe de la poche on ne peut soupçonner la dégénérescence maligne (sauf au pôle inférieur).

La paroi interne est manifestement cancéreuse, dégénérée: ce sont des végétations en chou-fleur, très serrées, molles sur la pièce fraîche, rougeâtres, friables et arrachées par l'ongle; sur la tranche de section on peut constater que ces végétations ne tapissent pas seulement l'intérieur du kyste, mais s'infiltrent dans sa paroi; sur le pôle supérieur du kyste, la face interne de la poche n'est point envahie ni dégénérée et présente l'aspect brillant et lisse d'une cavité séreuse. Le liquide du kyste était limpide, clair, jaune citrin.

L'utérus. — Gros comme une petite orange, bosselé, irrégulier d'aspect fibromateux. Sur la tranche de section du col on voit un orifice punctiforme et normal. Plusieurs petits fibromes sont enchassés dans la paroi utérine.

La muqueuse du corps est jaune, tomenteuse, mais semble, à l'œil nu, peu malade. On y voit cependant quelques points jaunes en têtes d'épingles. Le corps, à la coupe, a par endroits, une consistance cartilagineuse, crie sous le couteau; d'autres points sont manifestement caséeux, jaunes et ramollis. La grosse bosselure postérieure est un petit fibrome banal. C'est à ce niveau que la muqueuse est tomenteuse et c'est ce point qui devait être le siège des métrorragies.

Annexes droites. — Saines et ne présentant rien de particulier, l'ovaire est blanc, de volume normal et n'est ni kystique ni scléreux. La trompe, à l'œil nu semble intacte. Ces annexes droites font pièce avec le kyste et y sont appendues; à peu près saines.

Annexes gauches. — Ont été extirpées péniblement, en fragments, manifestement tuberculeuses, présentaient, en outre, des points scléreux et indurés. L'ovaire gauche, comme l'ovaire droit, pseudo-normal,

EXAMEN HISTOLOGIQUE

par M. le Dr Pujol (1)

1° *Utérus.* — Une section du col de l'utérus pratiquée transversalement à la limite du col et du corps et comprenant toute l'épaisseur de l'organe, musculeuse et muqueuse permet le prélèvement d'un fragment qui est fixé dans la série des alcools, puis inclus dans la paraffine après un séjour de 24 heures dans l'acétone.

A l'œil nu la surface de section est ferme et homogène : on y voit cependant de petits points jaunâtres dans la périphérie surtout. Macroscopiquement la muqueuse est saine et la cavité utérine, normale.

Colorées à l'hématéine-aurentia et examinées à un faible grossissement les coupes montrent des trousseaux de fibres lisses normales, au milieu desquelles

(1) M. le Professeur Tapie a bien voulu examiner les coupes histologiques. — Nous lui adressons nos sincères remerciements, ainsi qu'au Dr Pujol qui a rédigé cette notice.

on voit une infiltration leucocytaire modérée, dénotant un léger degré d'inflammation. On y trouve des nodules caractéristiques, homogènes, dépourvues de vaisseaux et prenant uniformément les colorants. A la périphérie des nodules on découvre des *cellules géantes* tout à fait caractéristiques. La coloration par la fuschine phéniquée permet d'y décéler des *bacilles de Koch.*

Du côté de la muqueuse, les lésions sont des plus minimes. A un grossissement un peu fort, le chorion apparaît comme infiltré, les cellules de revêtement restant normales et régulièremont planes. Il n'y a pas de cellules géantes dans la muqueuse.

En résumé, il s'agit de lésions tuberculeuses de l'utérus, avec cette particularité remarquable que les lésions de la muqueuse sont réduites au minimum contrairement à la règle.

C'est surtout à la périphérie que l'utérus (dans la zone parapéritonéale) que les lésions tuberculeuses spécifiques et les lésions inflammatoires non spécifiques sont développées au maximum.

2° *Kyste parovarien intraligamentaire.* — Au niveau des végétations, intra-kystiques, un fragment est prélevé, sa consistance en est ferme.

Les coupes sont colorées suivant le mode déjà indiqué. On y voit un stroma conjonctif et fibreux assez riche en cellules : il existe des cavités irrégulières, de véritables fentes *bourrées de cellules polyédriques désordonnées,* volumineuses et à gros noyaux.

A une autre extrémité de la préparation, on trouve

des éléments différents : il y a là des *cavités* plus régulières tapissées par un épithélium cylindrique avec une ou plusieurs couches de cellules, selon les points examinés. A l'extérieur de ces cavités on voit s'élancer des *végétations dendritiques* constituées par un fin squelette fibro-conjonctif revêtu de une ou de plusieurs couches de cellules. Il existe même des végétations extra-kystiques du même ordre, pénétrant dans le stroma constituant la paroi kystique.

Ces éléments nous font porter histologiquement, le diagnostic d'*épithélioma végétant* d'un kyste intra-ligamentaire vraisemblablement d'origine para-ovarienne.

Cette malade est actuellement (février 1920) vivante et bien portante, six ans après son opération. Elle ne présente aucun trouble fonctionnel et aucun trouble de la santé générale, et dirige très activement une exploitation agricole. La malade, que nous n'avons pu revoir, nous donne de ses nouvelles et déclare être guérie et n'avoir éprouvé, ni douleurs, ni pertes, depuis son opération.

La pièce opératoire et les coupes histologiques ont malheureusement été égarées pendant la guerre.

64 observations de plaies de l'abdomen pénétrantes et de 31 non pénétrantes (Rapport de E. QUÉNU).
Société de Chirurgie de Paris (10 Octobre 1917)

M. Miginiac, ancien interne des hôpitaux de Paris nous a adressé 64 observations de plaies abdominales, et en plus, 31 observations de plaies non pénétrantes.

Les observations sont divisées en 3 séries :

Une série de Verdun, avec :

Laparotomies	22
Murphy	9
Abstention	3
Inopérables	14
Plaies non pénétrantes	29

Une 2e série de la Somme, avec :

Laparotomies	8
Plaies non pénétrantes	1

Une 3e série de Champagne, avec :

Laparotomies	5
Abstention	5
Murphy	1
Intervention secondaire	1
Plaies non pénétrantes	1

Ainsi l'examen de ces tableaux nous montre, à côté d'un chiffre de 64 plaies réellement pénétrantes, un total de 31 plaies non pénétrantes, c'est-à-dire près du tiers. De ces 31, nous devons, il est vrai, éliminer 2 contusions de l'abdomen, ce qui ramène le chiffre à 29.

Dans une première série de 10 cas, la non pénétration a été vérifiée par le débridement. La pénétration avait été supposée, soit d'après le siège de la plaie, soit d'après la contracture des parois. Ainsi, dans un cas opéré le 8 mai 1916, il existait un séton de la fosse iliaque, un ventre en bois, la pénétration était vraisemblable. Dans un autre, le débridement montra l'intestin visible à travers le péritoine intact. Chez le capitaine de B..., opéré le 18 juin, l'orifice d'entrée siégeait sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic, l'orifice de sortie au niveau de la fosse iliaque droite.

Chez un blessé du 29 mars 1917, l'orifice d'entrée siégeait à la fesse droite, l'orifice de sortie au niveau du rebord costal droit, il s'agissait d'une plaie en séton de la fesse et de la paroi abdominale. Dans 19 autres cas, d'une autre série, les blessés étaient entrés à l'Ambulance avec le diagnostic de plaies de l'Abdomen, la non-pénétration fut démontrée soit par le débridement, soit par l'évolution de la blessure.

Chez un blessé atteint d'une plaie de la région dorso-lombaire, le pouls était à 110, le ventre dur ,rapidement ces symptômes disparaissent et le blessé est évacué.

Un blessé entre le 6 mai 1916 avec le diagnostic de « plaie de la région splénique » et d'autres plaies graves; ultérieurement, le projectile de la plaie supposée splénique est extrait de la paroi thoracique.

Un blessé du 19 avril arrive à l'ambulance avec le diagnostic de fistule stercorale, il présente une suppuration fétide de la fesse gauche, on procède à une extraction d'esquilles provenant du sacrum, pas de pénétration. Un autre du 30 avril, blessé depuis 27 heures à la région dorso-lombaire gauche, présente des vomissements. On lui ouvre, le 9 mai, un phlegmon à pus fétide de la région ischiaque gauche dans lequel on trouve le projectile, un fragment de drap et des gaz, l'opéré succombe à la septicémie. Chez un autre, le gonflement de la région lombaire, où se trouvent les plaies, s'accompagne de contracture, il s'agit seulement comme le montre le débridement, d'un hématome considérable avec déchirures musculaires.

On ne saurait vraiment trop insister d'une part sur la fréquence des plaies non pénétrantes et, d'autre

part, sur la réserve qu'il convient d'apporter dans ces diagnostics de pénétration lorsqu'on veut, sur des chiffres, étayer une doctrine thérapeutique; j'en arrive aux véritables plaies de l'abdomen, aux plaies pénétrantes.

Dans 10 cas, M. Miginiac a eu recours à l'opération de Murphy, 10 fois les suites ont été mortelles; l'opération a été faite sans signes de péritonite et à une période relativement précoce 4 fois; avec signes de péritonite 6 fois; dans un cas de cette dernière série une anse grêle déchirée fut suturée à la peau, l'intervention ne fut pas, par conséquent, réduite à l'incision sus-pubienne.

Cette nouvelle série d'opérations de Murphy ne peut laisser une bonne impression, elle vient s'ajouter à beaucoup d'autres du même genre.

Dans 4 cas, M. Miginiac s'est volontairement abstenu, il a eu 3 morts et 1 guérison. Le cas de guérison est relatif à une plaie de la vessie par balle observée au 6ᵉ jour; le projectile était entré par la fesse et sorti au-dessus du pubis. On mit une sonde à demeure, il n'y eut aucun symptôme abdominal jusqu'au 3ᵉ jour où le blessé fut évacué sur l'H. O. E., aucune nouvelle ultérieure. Voici un résumé des 3 cas suivis de mort.

I. — D..., blessé le 6 mai, mort 14 heures après. Petite plaie sur le rebord costal gauche, ventre souple au-dessous de l'ombilic, dur au-dessus, pas de vomissements, bon facies, pouls à 110. Diète. Mort le lendemain après aggravation brusque.

II. — P..., blessé le 14 mai par balle, mort 25 heures après. Orifice d'entrée, région vésiculaire; orifice de sortie, épine iliaque postérieure droite, pouls à 78, pas de vomissements, ventre normal, langue humide, respiration normale. Bon état général, diète, sérum.

Le 16 mai excellent état et M. Miginiac se félicite de n'avoir pas opéré. Le soir 120 pulsations, ni douleurs, ni contracture, mort le 17.

III. — X..., blessé le 12 mars. Fracture de cuisse et 2 plaies en séton du flanc droit, aucun signe abdominal. M. Miginiac incise ces plaies d'un bout à l'autre. Le soir même, M. Miginiac « reconnaissait son erreur », la septicémie évoluait avec une extrême rapidité, mort le 2e jour.

Les observations II et III sont par elles-mêmes assez éloquentes pour qu'il soit utile d'insister, elles montrent combien il faut se défier de la bénignité des symptômes dans les premières heures et même dans les premiers jours. Dans 14 cas, on s'abstient parce que les blessés étaient réellement inopérables.

1. Agonisant, mort pendant l'examen.
2. Sans pouls, hernie intestinale, fractures.
3. Sans pouls, fractures des membres.
4. Hernies, plaies multiples, sans pouls.
5. Mort le soir.
6. Mort le même jour.
7. Sans pouls, mort le soir.
8. 2 plaies régions hépatique et splénique, collapsus.
9. Hernie de l'intestin, sans pouls.
10. Paraplégie.

11. Plaie du rachis et de l'abdomen, sans pouls.
12. Agonisant.
13. Sans pouls, mort le jour même.
14. Sans pouls, mort le lendemain.

L'énumération de ces 14 cas vient à l'appui de la proposition que j'ai soutenue maintes fois, qu'il est impossible de se faire une opinion sur le traitement des plaies de l'abdomen uniquement avec des statistiques globales, il serait aussi injuste de porter ces 14 morts au passif de l'abstention que de compter au passif de l'intervention un certain nombre de cas « limités », entrepris pour donner au blessé toutes ses chances.

Dans 35 cas enfin, M. Miginiac est intervenu en pratiquant une laparotomie. En réalité, les observations de la laparotomie se réduisent à 35, la 36e opération ayant été faite 8 jours après la blessure, et ayant consisté dans l'ouverture d'une collection purulente intra-abdominale enkystée.

Obs. I. — *Plaie pénétrante simple* (?). *Mort.*

M..., blessé le 5 mai. Intervalle : 8 heures; ventre en bois, 3 vomissements, pulsations (?). Facies pâle. Laparotomie. Grande quantité de sang dans le ventre. Exploration du foie négative, ainsi que celle des autres viscères. On ne découvre pas la source de l'hémorragie.

Mort de collapsus le 7 mai, sans signes d'infection.

Obs. II. — *Plaie pénétrante sans lésion viscérale reconnue. Mort.*

Plaie sous-ombilicale. Facies et pouls des grandes hémorragies. Beaucoup de sang dans le ventre, il semble venir d'en haut. Rate et foie indemnes; le sang vient de la profondeur, sous le côlon.

Mort sur la table.

Obs. III. — *Plaie pénétrante simple. Mort.*

R..., blessé le 4 mai, par éclat d'obus. Plaie de la région sous-hépatique. Pénétration douteuse cliniquement. On s'en assure par le débridement, puis laparotomie médiane : plusieurs petits fragments de drap dans le ventre, pas de lésion viscérale. Suture de la paroi au catgut le 2e jour. Eventration. Suture au fil de bronze.

Mort, le 3e jour, de septicémie péritonéale. Intervalle (?).

Obs. IV. — *Plaie pénétrante simple. Mort.*

X..., blessé le 10 décembre, amené 8 h. 30 après. Fiche : plaies de l'épaule droite, contusion de l'abdomen, 3 plaies par éclat d'obus à la région scapulaire postérieure droite. Ventre contracturé. Pouls, 112. Abstention. Aggravation 8 heures après. Laparotomie 17 heures après la blessure. Gros éclat dans le ventre, encore enchâssé dans la paroi. Pas de lésion viscérale; le projectile, venu de l'épaule droite, semble avoir passé devant le foie.

Mort, 2 jours après, de septicémie péritonéale.

Obs. V. — *Plaie pénétrante simple. Mort.*

S..., blessé le 23 avril, par éclat d'obus, au niveau du rebord costal gauche. Pas de lésions viscérales. Suites opératoires d'abord favorables.

Mort le 28, d'érysipèle bronzé avec phlegmon gazeux de la paroi thoraco-abdominale à distance de la plaie opératoire, qui n'a pas suppuré.

Obs. IV. — *Plaie pénétrante simple. Guérison.*

X..., blessé le 30 mars, par balle, 2 orifices sur le bord externe de chaque droit, à la hauteur de l'ombilic. Intervalle : 18 heures. Aucun symptôme; pouls, 84; mais un effort de toux fait hernier une anse à travers la place. Aucune lésion viscérale.

Guérison.

Obs. VII. — *Plaie pénétrante simple. Guérison.*

X..., blessé le 16 mars, par accident (coup de baïonnette). Intervalle : 3 heures. Plaie à gauche et au-dessus de l'ombilic. Pas de lésion viscérale.

Guérison.

Obs. VIII. — *Plaie pénétrante simple. Contusion d'un point du grêle. Guérison.*

X..., blessé, le 11 avril 1916, par éclat d'obus. Intervalle : 7 heures.

Opération. — Anesthésie, éther. Un gros éclat enveloppé de drap est trouvé entre le côlon et l'estomac, dans l'épiploon. Résection épiploïque. Enfouissement d'un point contus du grêle.

Guérison. Nouvelles tardives. A repris du service armé.

Obs. IX. — *Plaie du foie. Mort.*

X..., blessé le 24 mai. Intervalle : 10 heures. Signes de grande hémorragie. Plaie épigastrique. Pouls, 130

Vaste plaie déchiquetée de la face supérieure gauche du foie. Grande hémorragie. Suture.

Mort le soir.

Obs. X. — *Plaie du foie. Mort.*

X..., blessé, le 8 juin. Plaie de la fosse iliaque droite. Beaucoup de sang dans le ventre, venant du foie; déchirure de la face convexe.

Mort le soir.

Obs. XI. — *Plaie du foie. Mort.*

X..., blessé, le 8 mars 1917, près de l'appendice xiphoïde. Pouls, 140. Intervalle : 16 heures. Sang dans le ventre. déchirure de l'épiploon gastro-hépatique inférieure. Infiltration sanguine du côlon : dilacération du foie à sa face inférieure.

Mort le soir.

Obs. XII. — *Plaie du foie. Mort tardive d'accidents pulmonaires.*

X..., blessé, le 20 janvier 1917, par éclat d'obus, sous le rebord costal droit; il venait de manger. Suture d'une déchirure du foie près de la vésicule biliaire. Durée : 32 minutes. Vomissements. Etat cyanotique au moment où on remet le blessé dans son lit. On enlève du pharynx plusieurs morceaux de viande dont l'un obstruait l'orifice du larynx. Suites d'abord favorables, puis broncho-pneumonie, pleurésie double.

Evacuation, le 5 février, pour raison militaire.

Mort ultérieurement dans un H. O. E., a-t-on dit.

Obs. XIII. — *Plaies du foie. Guérison.*

X..., blessé, le 24 mai, par éclat d'obus, à la région

hépatique. Signes d'hémorragie. Plaie de la face supérieure, saignante ; suture.

Guérison.

Obs. XIV. — *Plaie de la rate. Guérison.*

X.., blessé, le 25 novembre, par éclat d'obus, sous le rebord costal gauche, signes d'hémorragie. Intervalle : 3 heures, grande quantité de sang dans le ventre. Incision oblique branchée sur la médiane. La rate est déchirée de haut en bas, pédicule déchiré et donnant du sang par jet, SPLÉNECTOMIE.

Guérison, malgré une violente poussée de bronchite.

Obs. XV. — *Plaie de la rate. Mort.*

X..., blessé, le 3 mai. Plaie thoraco-abdominale gauche, rate broyée, plaie du diaphragme, splénectomie.

Mort sur la table à la fin de l'opération.

Obs. XVI. — *Plaie du rein. Mort.*

X..., blessé, le 29 mai au soir, opéré le 30 ; signes de grande hémorragie, sang dans le ventre, éclatement du rein, néphrectomie.

Mort de collapsus le lendemain.

Obs. XVII. — *Plaie du rein, néphrectomie lombaire. Guérison.*

X..., blessé, le 28 avril, par shrapnell, forte hématurie, hémorragie par la plaie. Le tiers du rein est écrasé. Néphrectomie. Une anse grêle fait hernie dans la plaie.

Guérison.

Obs. X.II. — *Plaie de l'estomac. Mort.*

X..., blessé le 30 novembre par éclats d'obus multiples. Opéré immédiatement, 2 perforations de la face

antérieure de l'estomac, rien à la face postérieure. Plaies du bras, de l'épaule, de l'aisselle, de la cuisse, fractures du calcanéum et du métatarse.

Mort quelques heures après.

Obs. XIX. — *Plaies de l'estomac. Guérison.*

X..., blessé, le 14 juin, par shrapnell. Intervalle : 4 heures. Suture de 2 perforations, sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure.

Guérison.

Obs. XX. — *Plaie du cæcum. Mort.*

X..., blessé, le 24 mai, par éclat d'obus, à l'arcade crurale droite. 2 perforations du cæcum. Suture après avivement. Suites favorables, pendant 5 jours, puis sphacèle de la plaie crurale.

Mort le 3 juin, soit 8 jours après, sans signes de péritonite.

Obs. XXI. — *Plaie de l'angle colique droit. Mort.*

A..., plaies multiples, plaie du flanc droit. Intervalle : 6 heures. Ventre plein de sang, mêlé à des matières fécales.

2 déchirures à l'angle colique droit, sous le foie. Abouchement à la peau.

Mort le soir.

Obs. XXII. — *Perforation du côlon pelvien. Mort.*

X..., blessé, le 9 décembre, par éclat d'obus, entre le grand trochanter et l'espace iliaque gauche. Le doigt introduit dans la plaie pénètre librement dans le ventre. Intervalle : 4 heures.

2 perforations de l'anse oméga. Fragment de draps et matières fécales dans le ventre.

Mort de septicémie.

Obs. XXIII. — *Plaie du côlon transverse. Mort.*

X..., blessé, le 20 novembre, par éclat d'obus, à la région épigastrique. Intervalle : 3 h. 30. Etat général exeellent. Côlon ncir, infiltré de sang; odeur fécaloïde. Fragments de draps et de matières fécales dans le ventre. Perforation du transverse, près de l'angle hépatique. Suture.

Mort, 28 heures après, de septéeimie péritonéale.

Obs. XXIV. — *Plaie du côlon transverse. Guérison.*

Explosion d'un récipient renfermant de l'aluminum en fusion. Plaie de la fosse iliaque droite. Intervalle : 3 heures.

Perforation du transverse près de l'angle eolique droit. Fragment de easserole, sous le foie.

Guérison.

Obs. XXV. — *Plaies de l'angle gauche du côlon. Guérison.*

X..., blessé, le 27 mars, par éclat d'obus. Intervalle: 6 heures. Pas de signes de pénétration. Pouls, 95. Ventre souple. Plaie au flanc gauche. Le débridement fait reconnaître la pénétration. 2 perforations de l'angle colique gauche, celui-ci est infiltré de sang; abouchement à la peau. Drain sus-pubien.

Guérison, évaeué le 16 juin.

Obs. XXVI. — *Plaies du côlon ascendant. Guérison.*

X..., blessé, le 18 janvier 1917, par éclat d'obus, au-dessus de la crête iliaque droite. Intervalle : 14 heu-

res. Suture d'une perforation du côlon ascendant, près du cæcum. Ablation de l'appendice.

Guérison.

Obs. XXVII. — *Plaies multiples du grêle, de l'angle iléo-colique. Mort.*

X..., blessé, le 28 mars 1917, par balle entrée au coccyx, sortie au-dessus du point de Mac Burney. Déchirure de l'angle iléo--colique. 4 perforations du grêle à la terminaison de l'iléon; 4 autres perforations du grêle (résection, bouton de Murphy). Matières fécales dans le ventre. Au total, la balle avait produit 2 déchirures, 8 perforations et 1 section complète du grêle.

Mort le lendemain.

Obs. XXVIII. — *Plaies multiples du grêle. Mort.*

X..., blessé, le 14 mai, par balle de shrapnell, perceptible sous la peau à gauche de l'ombilic. Sang dans le ventre. Plaie du mésentere, plaies multiples du grêle. Résection de 50 centimètres (bouton de Murphy).

Mort le soir, de collapsus.

Obs. XXIX. — *Plaies du grêle. Mort.*

D..., blessé, le 8 mai, par éclat d'obus. Intervalle : 3 heures. Plaie entre le pubis et l'ombilic, avec hernie de l'intestin. Laparotomie médiane. Résection de 2 segments du grêle (70 centimètres). Anastomose au bouton de Murphy. Le projectile a été trouvé dans l'intestin réséqué.

Mort 1 heure après.

Obs. XXX. — *Plaies multiples du grêle. Résultat* (?).

X..., blessé, le 17 juin, par éclat d'obus, à la fesse droite. Mauvais pouls. Ventre plein de matières intestinales liquides. Résection de 40 centimètres du grêle, pour perforations multiples. Bouton de Murphy.

Perdu de vue le 19 juin, vraisemblablement mort.

Obs. XXXI. — *Plaie du foie, du rein et de l'estomac. Mort.*

X..., blessé, le 27 avril, par shrapnell. Hématurie. Déchirure du lobe gauche du foie; perforation de la face antérieure de l'estomac.

Mort le soir, dans le collapsus.

Obs. XXXII. — *Plaie multiviscérale, grêle et côlon ascendant. Mort.*

M..., blessé le 19 avril 1916, par éclat d'obus. Intervalle : 16 heures.

Opération. — Résection de 30 centimètres de grêle multiperforé. Perforation du côlon ascendant qu'on abouche à la peau. Ventre plein de matières. Anesthésie. Ether.

Mort de péritonite, le 5e jour.

Obs. XXXIII. — *Plaies du grêle et du rein. Mort.*

R..., blessé, le 7 mai, fosse iliaque gauche et plaie lombaire. Intervalle : 5 heures. Anses grêles rouges et graisseuses. Résection d'une anse à perforations très rapprochées. Néphrectomie gauche. Rein éclaté.

Mort le lendemain.

Obs. XXXIV. — *Plaies multiples du grêle et de la vessie. Résultat* (?).

X..., blessé, le 18 juin, par éclat d'obus, à la fesse droite. Le pouls étant encore bien frappé, on se décide à la laparotomie. Intervalle : 17 heures, multiples perforations d'une anse grêle (résection). Autres perforations (sûture). Plaie de la vessie. Le lendemain, signes de péritonite et de septicémie.

L'ambulance ayant été relevée, pas de renseignements. Selon toute vraisemblance, mort.

Obs. XXXV. — *Plaies du gros intestin et de la vessie. Mort.*

X..., blessé, le 6 juin, envoyé avec le diagnostic de contusion de l'abdomen. Plaie ischiatique. Plaie de la vessie et 2 perforations du gros intestin, près du cœcum. Matières fécales dans le ventre.

Mort de septicémie, le lendemain.

Les 35 laparotomies de M. Miginiac peuvent ainsi se classer :

1° Laparotomies pour lésions non viscérales (plaies pénétrantes simples..	8 avec :	5 morts,	3 guérisons.
2° Laparotomies pour lésions univiscérales.	2[illegible] avec :	15 morts,	7 guérisons.
3° Laparotomies pour lésions multiviscérales. . . .	5 avec :	5 morts,	0 guérison.
Au total. . . .	35 avec :	25 morts,	10 guérisons.

Soit une mortalité globale de 74 p. 100

La mortalité pourra sembler particulièrement élevée dans le tableau des plaies péritonéales sans lésions viscérales, 5 sur 8, soit 65 p. 100.

Dans ces 5 cas, la mort est survenue : 1 fois dans le collapsus par hémorragie dont la source n'a pu être découverte au cours de l'opération; 1 fois par hémorragie sur la table d'opération; 2 fois de septicémie péritonéale (l'éclat a été trouvé dans le ventre dans les deux cas); 1 fois, enfin, par phlegmon gazeux de la paroi, au 8e jour, sans symptôme abdominal.

Les lésions univiscérales (mortalité de 68 p. 100) se clasent ainsi :

5 plaies du foie	4 morts,	1 guérison.
2 plaies de la rate.	1 —	1 —
2 plaies du rein	1 —	1 —
2 plaies de l'estomac. . . .	1 —	1 —
4 plaies du grêle.	4 —	0 —
7 plaies du gros intestin . .	4 —	3 —

Dans 3 des 4 morts par plaie du foie, l'issue survint le soir de l'opération, et, selon toute vraisemblance, des suites de l'hémorragie. Dans le 4e cas, la mort au 8e jour a été due à une broncho-pneumonie avec pleurésie double.

Dans la plaie de l'estomac, la mort survint quelques heures après l'opération, probablement par shock (plaies multiples des membres avec fractures).

Les 4 plaies mortelles du gros intestin comportent 1 plaie du cæcum (mort au 10e jour, à la suite du sphacèle de la plaie pariétale); 1 plaie du transverse; 1 du côlon pelvien (mort par septicémie péritonéale); et 1 plaie de l'angle colique (mort le soir).

Les 4 plaies du grêle se sont terminées par la mort: 2 fois dans le collapsus, 1 heure après, le soir, le lendemain; 1 fois à une date indéterminée (le blessé ayant été perdu de vue).

Dans les 4 cas, les lésions considérables du grêle avaient conduit à la résection d'une anse. L'anastomose, dans les 4 cas, fut faite à l'aide du bouton de Murphy.

Les résultats, certes, ne plaidaient pas en faveur du procédé.

Les lésions multiviscérales, toutes mortelles, comprenaient :

Estomac, foie et rein.	1 cas.
Grêle et côlon.	1 —
Grêle et rein.	1 —
Grêle et vessie.	1 —
Gros intestin et vessie.	1 —

J'ai peu de considérations générales à ajouter à celles que j'ai émises, chemin faisant.

Je n'ai pas signalé, dans le résumé de chaque observation, le siège de l'incision opératoire. Le plus souvent, elle a été médiane, dans d'autres cas latérale, dans d'autres, enfin, une incision transversale ou oblique a été branchée sur une première verticale.

Dans aucune intervention, la pénétration n'a été méconnue; souvent, le 1er temps de l'acte opératoire a consisté justement à reconnaître la pénétration.

Dans 1 cas, la plaie d'entrée était ischiatique; dans 2 autres, fessière; dans d'autres, coccygienne, trochantérienne, inguinale, scapulaire.

Au point de vue de la nature du corps traumatisant, je relève 1 plaie par baïonnette, à titre d'exception, et encore s'agissait-il d'un accident. Plusieurs fois le projectile a été retrouvé dans le ventre, avec ou sans fragments de débris vestimentaires, sans lésions viscérales.

Dans les plaies par balles, je signale l'observation XXVII, dans laquelle le projectile avait produit : 1 déchirure mésentérique, 8 perforations et 1 section complète du grêle.

Les observations de M. Miginiac forment un travail intéressant, dont l'ensemble n'est pas défavorable à la thèse interventionniste. Je propose de lui adresser nos remerciements.

Les hématomes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons

Par Gabriel MIGINIAC (de Toulouse)
Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer un soldat qui présentait, à la suite d'un grave accident, une tumeur de l'hypochondre gauche et de l'épigastre : nous avons pu faire le diagnostic. Il s'agissait d'un hématome enkysté de l'arrière-cavité des épiploons. Notre opéré a guéri après laparatomie et drainage.

Ce cas est le premier et le seul que nous avons observé.

Nous avons fait à ce sujet quelques recherches bibliographiques : nous avons pu réunir 46 observations comparables à la nôtre. Nous essayons d'esquisser l'histoire de ces hématomes, qui n'ont été l'objet d'aucun travail d'ensemble récent.

Voici d'abord notre observation personnelle :

Observation personnelle inédite (Armée d'Italie). — Le soldat C. T., classe 1895, du 14e escadron du TEM, est tamponné par une voiture automobile le 27 décembre 1918, et projeté à plusieurs mètres de distance.

Relevé dans le coma, le blessé est immédiatement transporté à l'hôpital français de Vicence, où il est examiné par notre ami F. Mercier, interne des hôpitaux de Paris, et par les médecins de l'ambulance 10-1.

Ce blessé est dans le coma complet, et présente une paralysie complète du nerf moteur commun gauche, avec strabisme, mydriase et ptosis.

Pas d'épistaxis, ni d'otorragie, ni d'ecchymoses, pas d'hémoptysie ni d'hématurie.

Il y a une ébauche de paralysie du facial inférieur gauche, et une hémiparésie gauche : les membres gauches retombent sur la table plus lourdement que les membres droits.

Le réflexe des orteils de Babinski est positif et bilatéral. Les

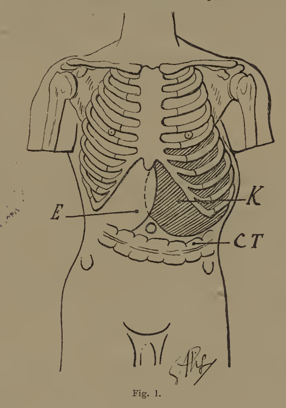


Fig. 1.

réflexes rotuliens et crémastériens sont abolis. Le pouls est lent et fort (70-72).

Il n'y a pas de fracture des membres, ni du thorax, ni du bassin. *Le ventre est souple et non contracturé.* Bosse sanguine légère sur le pariétal gauche — sans enfoncement. — Une ponction lombaire donne un liquide CR sanglant et rutilant. Aucune intervention chirurgicale n'est jugée nécessaire d'urgence.

Suites. — Le blessé, observé très soigneusement, sort peu à peu de son coma, les jours suivants et la ponction lombaire n'est pas renouvelée.

L'hémiparésie gauche disparaît rapidement, mais la paralysie du III persiste. Le blessé accuse par intermittences de la diplopie. Le huitième jour l'acuité auditive gauche semble diminuée. Aucune complication cranienne ne survient.

Cependant le blessé, sans présenter aucun phénomène méningé,



Fig. 2.

reste couché *en chien de fusil* sur le côté droit, et éprouve des *douleurs* dans le côté gauche.

L'examen du thorax est négatif. Un *ictère* apparaît, léger, sans aucune décoloration des selles et sans coloration brune des urines.

En raison de la démobilisation il est impossible de faire examiner chimiquement les selles et les urines. La langue devient saburrale, la constipation apparaît, l'ictère s'accuse et une zone de matité est perçue dans l'*hypocondre gauche*, comme si la rate était fortement hypertrophiée. L'épigastre devient mat, rénitent et tendu et nous sommes appelé à voir le blessé le 7 janvier 1919 (12e jour après l'accident).

Examen. — Douzième jour : le blessé ne présente plus aucun symptôme cranien, sauf la paralysie du III, aucun phénomène

méningé. Il souffre de l'hypocondre gauche. Il est couché en chien de fusil sur le côté droit, il est ictérique. Ses selles ne sont pas décolorées. Tous les réflexes sont redevenus normaux : les réflexes rotuliens seuls sont altérés et exagérés. La paralysie du moteur oculaire commun gauche est complète comme au premier jour.

Le blessé est prostré, indifférent à ce qui se passe autour de lui, et a maigri considérablement depuis son entrée à l'ambulance. Il s'alimente peu, ne dort guère, et souffre beaucoup, éprouvant dans l'hypochondre gauche des douleurs intermittentes, aiguës et lancinantes. Le décubitus dorsal est impossible. Il n'y a pas de vomissements, mais de la constipation, malgré les grands lavements et les laxatifs. Les urines ont une couleur normale, claire.

Pouls 80, température 37,4. Mais les jours précédents la température variait de 38 à 39. Il existe une tuméfaction très appréciable de l'hypocondre gauche et de la moitié gauche de l'épigastre. Cette tumeur fait un relief considérable. Elle est arrondie et nettement limitée. Elle franchit la ligne médiane, atteint l'ombilic, forme un arc de cercle et déborde de trois doigts les fausses côtes gauches.

Cette tumeur est tendue, dure, rénitente, non ligneuse, donne la sensation d'un ballon bien gonflé. Elle est mate partout, et ne donne à la percussion aucun frémissement. Elle est entourée d'une zone tympanique due à l'estomac sur la droite, et à l'intestin en bas. L'espace de Traube est mat.

Les quatre derniers espaces intercostaux gauches sont élargis et soulevés par la tumeur qui déforme en coup de hache la paroi gauche du thorax. Le volume de la tumeur est celui d'une tête d'enfant. Il n'y a aucun trouble fonctionnel gastro-intestinal, ni vomissements, ni occlusion. Mais le blessé déclare souffrir et ressentir des élancements. La palpation et la percussion de la tumeur ne provoquent aucune douleur. L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal (un examen radioscopique n'est pas actuellement possible).

Il n'y a pas de ballottement ni de contact lombaire. La région lombaire gauche n'est ni tendue, ni empâtée, ni douloureuse. Les urines sont d'ailleurs normales par leur quantité et leur aspect. L'appétit est conservé (?) mais il y a de la fièvre, oscillant entre

38 et 39. Le pouls varie de 80 à 100, régulier et fort (120 le 1er janvier).

Diagnostic. — Cette tumeur est manifestement une tumeur liquide et sous tension. En raison du peu de temps écoulé depuis l'accident, *nous pensons à un hématome enkysté de l'arrière-cavité* (plus qu'à un kyste pancréatique), et la température nous fait craindre la suppuration, quoiqu'il n'y ait ni œdème, ni dilatation du réseau veineux de la paroi abdominale. Nous admettons qu'il y a enkystement d'une hémorragie qui s'est faite dans l'arrière-cavité, peu à peu, à la suite du traumatisme. Il est probable que l'estomac est à la droite de la tumeur et que le côlon est en bas (sonorité) : le point culminant de la tumeur est sur le bord externe du grand droit gauche.

Nous décidons de faire une laparotomie, et cette opération est faite le 11 janvier 1919, seizième jour après l'accident, en présence du Dr Gauraz.

Opération. — Aide : F. Mercier. Anesthésie à l'éther (avec l'appareil d'Ombrédanne) sous anesthésie, on sent parfaitement bien les caractères et les limites de cette tumeur.

Laparotomie verticale latérale gauche sus-ombilicale. La grande cavité péritonéale est libre d'adhérences : la tumeur bombe au point que son sommet tend à proéminer hors du ventre, quand l'écarteur abdominal est en place. La tumeur est violacée, noirâtre et soulève le péritoine de l'épiploon gastro-splénique et gastro-colique. L'estomac est accolé au bord droit (interne) de la tumeur. Le côlon transverse tient au pôle inférieur du kyste. L'estomac est repoussé vers la droite, la grande courbure occupant la ligne médiane.

La grande cavité abdominale étant protégée soigneusement, nous incisons la tumeur au bistouri (à défaut de trocart à kyste). Dès l'incision, de gros caillots sanguins, solides et noirs, sortent spontanément sous pression. Il en sort une grande quantité : sang noir, sépia, sans odeur, sans pus. Il est manifeste que la tumeur sanguine n'a pas de paroi propre, mais s'est développée dans la cavité séreuse de l'arrière-cavité des épiploons : la membrane incisée au bistouri, très mince, ayant la minceur, la transparence et l'aspect d'un ligament péritonéal vasculaire et friable. Aucune paroi fibreuse ne double en dedans cette lame séreuse. Il s'agit

donc bien d'une collection sanguine coagulée dans la cavité péritonéale, et non d'une tumeur kystique au sens anatomique du mot. La main plongée dans la poche, ramène encore des caillots, en râclant les parois du kyste, comme au cours d'une délivrance artificielle on vide la cavité utérine. Ces caillots sont tous noirâtres et sans odeur : pas de pus, nulle part. Il est possible de sentir le rachis et les côtes, en arrière; l'estomac en dedans. En bas on perçoit une barrière (le mésocôlon transverse.) La main peut atteindre la coupole du diaphragme, *mais il est absolument impossible de palper, de percevoir et de sentir ni la rate, ni le rein, ni le pancréas* : les parois de la poche, dans la profondeur, sont tapissées de caillots goudronnés. *Il est donc impossible de préciser le siège de la lésion qui a provoqué cette hémorragie.*

Les manœuvres d'extraction des derniers caillots donnent lieu, dans la profondeur, à un écoulement de sang rouge-noir, liquide, et coulant en nappe sans pulsations, ce qui rend nécessaire un tamponnement serré et profond de la cavité du kyste. Toute hémorragie ayant cessé, un gros drain est glissé et enfoncé entre les mèches du tampon. Ce tampon et ce drain sont laissés en place.

Il en résulte que la marsupialisation est rendue difficile. Comme il n'y a pas de pus, elle ne semble pas indispensable et n'est point pratiquée, ni tentée.

Le ventre est simplement refermé en un plan au fil de bronze au-dessus et au-dessous du tampon et du drain. Durée trente-cinq minutes.

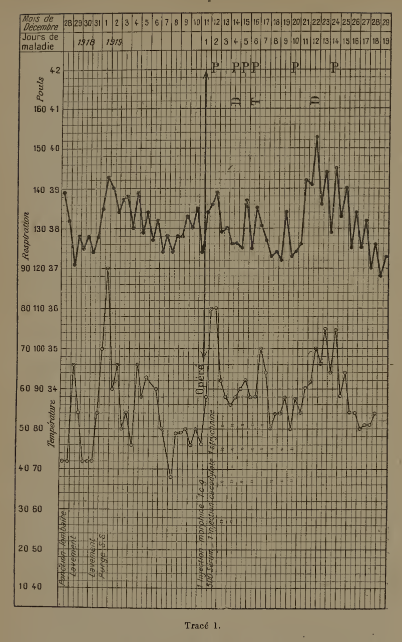
Suites opératoires. — Excellentes et sans aucun incident péritonéal. Les douleurs ont disparu dès le soir de l'opération, et définitivement, ce qu'il est facile de concevoir.

Le pouls monte à 110 le deuxième jour (avec 39°), redescend à 90 le troisième jour (avec 38°). A partir du troisième jour, le pouls et la température reviennent à la normale, ou à peu près.

Le drain est enlevé le quatrième jour, et le tampon le sixième jour. Une grande quantité de liquide noirâtre s'écoule dans le pansement, par le drain et les mèches.

La plaie ne suppure à aucun moment et la partie qui a été suturée se réunit *per primam.*

Un incident survient le onzième jour : 39,2, et 40,3 le douzième



Tracé 1.

jour. Un drain est remis dans le fond de la poche, et tout rentre

dans l'ordre en quelques jours. La fièvre disparaît en lysis, et la température est normale le dix-septième jour.

Au pansement quotidien, on évacue des caillots fibrineux et des blocs de fausses membranes adhérentes à ces caillots, pas de pus. Ces caillots donnent l'illusion et l'apparence de débris de tissu splénique, parfois s'écoule une sérosité graisseuse ayant l'aspect de ce que l'on appelle « les yeux » du bouillon, mais pas trace de stéato-nécrose, pas de taches de bougie, pas la moindre irritation cutanée, ni pariétale, aucun accident pouvant faire penser à un écoulement de liquide pancréatique. Mais aucun examen chimique de ce liquide n'est possible. Les selles et les urines sont normales. La langue est normale, l'appétit est satisfaisant.

L'ictère a disparu vers le 22 janvier (douzième jour après l'opération).

L'état général est excellent. Le blessé est perdu de vue le 7 février 1919, mais sa guérison est obtenue et semble définitive : l'écoulement de la plaie est à peu près tari, les compresses du pansement ne sont plus souillées.

La paralysie du moteur oculaire commun persiste toujours, et ne s'est nullement modifiée.

Ce blessé a donc présenté deux lésions distinctes : 1° une fracture de la base du crâne qui a évolué sans incidents et sans grand intérêt; 2° une lésion abdominale profonde avec hémorragie abondante, qui a formé cet hématome enkysté dans l'arrière-cavité des épiploons, derrière l'estomac, au-dessus du mésocôlon transverse, silencieusement et lentement. Quel a été le siège de l'hémorragie? On peut éliminer le rein, car il n'y a jamais eu : ni hématurie, ni empâtement de la région lombaire et la tumeur n'avait pas de contact lombaire. Restent à envisager l'hypothèse d'une blessure de la rate, ou du pancréas, ou du tronc cœlique, ou à la rigueur du lobe gauche du foie? ou de l'artère splénique? Il est peu vraisemblable d'admettre l'existence d'une déchirure du lobe gauche du foie : la main ne sentait rien d'anormal vers le haut de la cavité kystique. Au contraire elle s'enfonçait vers le rachis et vers l'hypocondre gauche. Quant à l'ictère (sans décoloration des selles) il faut l'attribuer probablement à la résorption du sang et à des phénomènes d'hémolyse?

Il est donc plus indiqué de penser à un écrasement de la *rate*, ou

du *pancréas*, ou des deux organes. Mais il est à remarquer que cette hémorragie s'est faite silencieusement et lentement, chez un blessé cranien (et comateux), sans s'être accompagnée de modifications du pouls, ni du facies, ni des parois de l'abdomen. A aucun moment chez ce blessé, observé soigneusement par plusieurs médecins, les Drs Mercier, Gaudacheau, etc., l'attention n'a été attirée vers l'abdomen, avant l'apparition de l'ictère. Les douleurs du côté gauche avaient fait rechercher l'existence possible d'une fracture de côtes, dont aucun symptôme n'a jamais été constaté.

Il semble donc que l'écoulement de sang s'est fait peu à peu, s'est coagulé et enkysté dans l'arrière-cavité, pendant plusieurs jours. Nous avons l'impression que la laparotomie, en évacuant cette grande quantité de caillots, a empêché la suppuration de cet hématome, que l'on pouvait craindre en raison des caractères de la fièvre (oscillations) et des douleurs (élancements).

Sujet de cette étude.

Nous n'étudions ni les kystes glandulaires, ni les kystes hémorragiques du pancréas, ni les hématomes pathologiques liés à cytostéato-nécrose du pancréas, ou à toute autre lésion pathologique de la glande, que cette lésion soit infectieuse ou toxique.

Nous nous occupons exclusivement de l'étude des épanchements traumatiques de sang, qui se produisent et se cantonnent, dans la cavité naturelle séreuse des épiploons, à la suite des lésions traumatiques du *pancréas*, de la *rate*, d'un *vaisseau* de la *région*. Ces hématomes doivent être distingués et différenciés des hémorragies secondaires (pathologiques et traumatiques) qui pourraient se produire dans *la cavité d'un kyste pancréatique pré-existant*, et qui ne sont que des modifications survenues dans l'évolution d'une tumeur.

Nous avons trouvé quelques observations comparables cliniquement à la nôtre : traumatisme abdominal violent, suivi d'accidents immédiats assez sérieux. Puis accalmie et apparition d'une tumeur sus-ombilicale gauche après 6, 8, 2 semaines. Ces cas ont été opérés, mais il s'agissait *de kystes traumatiques du pancréas* et non d'hématomes vrais. Ces malades furent opérés, marsupialisés

et guéris. Il s'agissait de collections citrines, opalescentes, visqueuses, graisseuses, renfermant des ferments pancréatiques mais pas de sang. Nous ne retiendrons donc pas ces observations dans cette étude : cas de Tillaux, *Traité de chir. clinique*, II, 171 ; cas de Kulenkampf, *in thèse Couture*, Paris, 1910 ; cas de Senn (*ibidem*) ; cas de Cumston (*ibidem*).

Ce sont des cas à donner en exemple des difficultés cliniques du diagnostic différentiel entre le kyste traumatique et l'hématome traumatique. En outre, l'hématome traumatique de l'arrière-cavité des épiploons doit être distingué *des hématomes sous-phréniques pathologiques* (droits ou gauches, hépatiques ou spléniques) étudiés par Souligoux et Reynier (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 10 janvier 1912, et par Quénu (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 6 et 13 février 1912). Il s'agit dans ces observations de malades n'ayant été victimes d'aucun traumatisme, et présentant des états hémophiliques, du purpura, de l'intoxication, du diabète, de l'alcoolisme, etc. Et à ce propos, Quénu fait judicieusement observer que, si ces hématomes sous-phréniques peuvent (*à priori*) avoir une origine traumatique, quoique tardive, il faut pour que cette pathogénie puisse être acceptée, que ce traumatisme ait été réel, suivi d'accidents immédiats, et non retrouvé (après coup) à plusieurs années de distance, dans l'interrogatoire.

Si à la rigueur les hémorragies des hypochondres peuvent se répandre jusqu'au diaphragme, les observations ci-dessus rappelées d'hématomes sous-phréniques n'intéressaient pas l'arrière-cavité des épiploons.

Historique.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire des tumeurs kystiques et hémorragiques du péritoine en général. Cela serait sans intérêt, au point de vue des hématomes enkystés de l'arrière-cavité. Cette étude historique est parfaitement faite dans la thèse d'agrégation d'Augagneur (Paris, 1886), dans la thèse de Michel (Nancy, 1898) et dans le travail de Timbal (*Rev. Chirurgie*, 1910). Cet historique et cette bibliographie sont complétés dans la thèse de Couture, 1910, Lévêque (Paris, 1911), qui donnent tous les travaux depuis J.-L. Joseph Petit (1753), à nos jours.

La bibliographie des hématomes de l'arrière-cavité est beaucoup moins riche que celles des autres hématomes (et kystes traumatiques) de l'abdomen.

Le plus ancien document dont nous ayons connaissance est la thèse de Fourcade (Paris, 1829). Ensuite vient l'observation de Simon (1858). Puis nous trouvons toute une série d'observations à dater de celle de Piéchaud (1877) et Richet, Le Dentu, Schwartz, etc. Nous les résumerons. Mais ces observations sont éparses, aucun travail d'ensemble n'a encore paru, lorsque Villar, dans son rapport devenu classique (au Congrès de chirurgie de 1905), met au point la chirurgie du pancréas.

Mais l'hématome enkysté de l'arrière-cavité tient encore peu de place dans l'histoire des tumeurs de la région. L'auteur de ce rapport lui consacre seulement quelques lignes, que voici :

« Si l'hémorragie (résultant des traumatismes du pancréas) n'est pas mortelle et si, d'autre part, l'écoulement est assez abondant, *il se forme un hématome qui siège le plus souvent dans l'arrière-cavité des épiploons*. Il se trouvera donc situé derrière l'estomac, en avant du pancréas, au-dessus du côlon transverse, au-dessous du lobe gauche du foie, et pourra s'enfoncer plus ou moins profondément dans la cavité abdominale, à gauche vers la rate, en bas entre les feuillets du grand épiploon. La collection sanguine a peu de chance de fuser du côté de la cavité péritonéale.... Le contenu de l'hématome est tantôt du sang rouge (très rare), tantôt du sang noir, le plus souvent un liquide trouble, brun sombre, laissant déposer des globules sanguins plus ou moins altérés.... La formation de l'hématome peut s'expliquer de deux façons différentes : ou bien il y a hémorragie, puis péritonite qui circonscrit l'épanchement... ou bien il se produit une péritonite avec formation de néo-membranes qui vont donner du sang à un moment donné.... La tumeur a pu être sentie après le traumatisme ou bien, cas le plus fréquent, plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois après.

« Avant son apparition, le malade éprouve des douleurs, se plaint de troubles digestifs.... Lorsque la tumeur apparaît, elle se présente avec les caractères des tumeurs pancréatiques, tumeur siégeant entre l'ombilic et le rebord costal.... La percussion révèle l'existence d'une sonorité, due à l'estomac qui sépare la matité de

la tumeur de celle du foie.... Le diagnostic doit être fait avec d'autres tumeurs abdominales et collections liquides d'origine pancréatique. »

Tel est le tableau rapidement et parfaitement tracé par Villar (rapport de 1905).

Mais ni dans son mémoire de 1904, sur les *Kystes glandulaires du pancréas* (*Archives provinciales de chirurgie*), ni dans son *rapport de 1905*, Villar ne donne d'observation détaillée d'hématome de l'arrière-cavité : un certain nombre d'observations antérieures sont résumées dans un tableau récapitulatif de kystes traumatiques, pseudokystes et hématomes, réunis dans le même groupe.

Ensuite sont publiés les cas de Savariaud, Auvray, Walther, Mériel, que nous résumerons, ainsi que quelques observations étrangères.

Nous donnerons plus loin la liste des publications ayant trait à la question qui nous occupe.

Age et sexe des malades.

Parmi les observations que nous avons pu rassembler, nous trouvons : 46 observations :

28 hommes; 7 adolescents; 6 femmes; 4 enfants; 1 cas dans lequel ces renseignements ne sont pas donnés.

Fréquence. — Par rapport aux autres kystes hématiques ou hématomes enkystés, observés en divers points de la cavité abdominale, l'hématome de l'arrière-cavité est *rare*.

D'après Timbal (*Rev. chirurgie*, 1910) voici le tableau des cas que cet auteur a pu relever à cette époque :

Mésentère	hématome	9	18
	kyste sanguin	9	
Mésocôlon transverse		6	
Arrière-cavité		3	
Grand épiploon		2	
Petit épiploon		1	
Mésocôlon gauche		1	
Ligament large		1	

Soit 3 hématomes de l'arrière-cavité, sur 32 hématomes enkystés dans le péritoine ou entre les feuillets des divers épiploons (1910).

Nous ne nous occupons que des hématomes *traumatiques* et

nous laissons de côté les hématomes pathologiques, liés à la stéato-nécrose du pancréas. Nous le répétons à dessein.

Nature du traumatisme. — Dans beaucoup d'observations ce renseignement est donné : Écrasements — divers coup de pied de cheval (Schwartz), choc par le timon d'une voiture (Gross), tamponnement par automobile (Miginiac), choc par un corps animé d'une force rotative (Mériel), chute de bicyclette (R. Picqué), plongeon dans l'eau (Cowen, cité par Guinard) — écrasement et éboulement (Heinecke) — choc par le guidon d'une bicyclette (Hadra), chute sur le trottoir (Auvray), accident de chemin de fer (Savariaud), compression entre deux wagons (Brown), entre une voiture et un arbre (Schwartz), chute d'un arbre, etc.

Dans presque tous les cas, il s'agit d'un accident grave, d'un choc violent. Seule l'observation d'Auvray invoque un traumatisme bénin, chute sur l'angle d'un trottoir.

Souvent le point contusionné est signalé : c'est la région ombilicale ou épigastrique, ou le flanc gauche.

Date d'apparition de la tumeur. — Dans l'immense majorité des cas, il y a, entre le traumatisme et la date de la découverte de la tumeur, un *intervalle « libre »*, variable, de quelques *jours* à quelques *semaines*, ou même à quelques *mois*; par exemple : Hadra trois jours et vingt-quatre jours; Littlevood douze jours et treize jours; Mériel huit jours; Hüe trente jours; Morestin trente jours; Fourcade dix jours; Lejars dix jours, trois ans; Chayron trente jours; Piéchaud six mois; Feuger huit semaines; Chew-Cathcart huit semaines; Lloyd trois mois; Gross quinze jours; Rose quatorze jours; R. Picqué six jours; Schwartz vingt jours; Savariaud trois mois; Auvray huit jours environ; Walther six semaines; Simon douze ans? Merigot de Treigny plusieurs mois; Jeannel, Newton Pitt et Jacobson 3 ans?? observation personnelle : dix jours.

On peut présumer que cct écart considérable, entre la période « latente » de durée minima, et la période maxima, reconnaît peut-êtrc une différence, en ces cas extrêmes, dans le mécanisme et la cause de l'hémorragie :

a) *Hémorragie traumatique* (ou post-traumatique) qui s'enfermc et se coagule dans l'arrière-cavité : hématomcs se révélant *précocement* par une tumeur, ce qui est fréquent.

b) *Hémorragies tardives* aux dépens de capillaires néoformés et de vaisseaux embryonnaires, dans un processus plastique et inflammatoire, consécutif à une péritonite locale traumatique (hypothèse de Villar) — dans les cas se révélant *tardivement* par une tumeur — ce qui doit être rare, et ce qu'il est impossible d'affirmer et de vérifier cliniquement.

La pachypéritonite serait ici le fait initial. L'hémorragie en serait une complication secondaire. Ce processus exigerait des mois et des années.

Pathogénie.

Il s'agit d'une hémorragie interne. Quelle est *la lésion traumatique* qui provoque l'hémorragie?

Il est difficile de répondre à cette question, car le plus souvent, dans les cas opérés et guéris, *il n'est pas possible* au chirurgien de découvrir la lésion qui — généralement — ne saigne plus au moment où l'on opère (Walther, Mériel, Quénu, etc.).

L'hémorragie peut provenir soit du *pancréas* (cas le plus fréquent), soit de la *rate*, soit de l'artère *splénique*, soit d'une *artère du pancréas*, ou même du *tronc cœliaque* du *rein*.

Au cours d'une autopsie, Villière a observé une blessure de l'*artère splénique*, qui était apparente quand on injectait de l'eau dans l'aorte — sous pression.

Picqué et Mickulicz, sus le vivant, ont vu saigner un foyer de contusion ou de déchirure pancréatique.

Fourcade a également constaté (à l'autopsie) une plaie de l'artère splénique au ras du tronc cœliaque et une lésion de l'estomac (Rose, *idem*.).

Richet (1877) a incriminé le lobe de *Spiegel*, dont les ruptures peuvent remplir de sang l'arrière-cavité?

Cruveilhier aurait observé un hématome par lésion du *tronc cœliaque*.

Comment se fait l'hémorragie? Dans la grande majorité des cas, nous pensons qu'il y a hémorragie par lésion vasculaire (*artère ou veine*), le sang s'écoulant dans la cavité séreuse jusqu'à sa réplétion et sa distension par les caillots sous pression.

Ce n'est que dans quelques cas à lente et longue évolution qu'on

pourrait admettre l'existence d'*exsudations sanguines* résultant de l'organisation d'exsudats fibreux et plastiques inflammatoires, cas dans lesquels l'épanchement n'est pas constitué par du sang pur, mais mélangé à de la bile, à de la sérosité (cas de Savariaud, d'Auvray).

Le sang ne peut s'écouler dans la grande cavité abdominale, car l'hiatus de Winslow se trouve oblitéré par des caillots ou des dépôts fibrineux.

En 1893 (*Rev. de Chirurgie*), Nimier écrivait : « Les observations manquent pour préciser le siège habituel des hémorragies. Dans la pratique on n'aura guère à compter avec les gros troncs artériels et veineux mésentériques et spléniques, peut-être faut-il incriminer la pancréatico-duodénale. Le sang peut encore provenir de l'épaisseur de la glande.... »

Dans l'observation de Picqué, il y avait écrasement du pancréas, et Morestin, au cours d'une opération secondaire, a pu constater l'existence d'une lésion de la rate.

Anatomie pathologique.

Parois. — Les *hématomes enkystés* de l'arrière-cavité ont pour caractère d'être développés et formés dans une cavité péritonéale *naturelle*, de n'avoir par conséquent *aucune paroi propre*. Ce ne sont pas des tumeurs, ni des kystes. *Ce sont des caillots* enfermés dans une cavité préexistante. Ce sont de faux kystes, de pseudo-kystes. Nous pensons que les expressions de kyste hématique, de kyste hémorragique, de pseudo-kyste traumatique sont mauvaises et inexactes. Il n'y a point là de kyste, au sens anatomique du mot, il y a hématome : « Quel que soit leur contenu, ces kystes de l'arrière-cavité, dit Mériel, ont certains caractères anatomiques communs, dont le premier est d'être situé en arrière de l'estomac, au-dessous du lobe gauche du foie, en avant du pancréas, au-dessus du mésocôlon transverse.... *Un deuxième caractère commun est de n'avoir pas de paroi propre, car celle-ci n'est autre que les organes voisins et le petit épiploon....* »

Il en résulte qu'*il est impossible d'extirper ces pseudo-kystes dépourvus de paroi propre*, et qu'on peut simplement les inciser et les

évacuer par drainage ou marsupialisation. On ne comprend pas comment certains auteurs ont eu la pensée d'essayer d'enlever la paroi, au cas de kyste vrai; sinon par une confusion avec les kystes pancréatiques développés dans l'arrière-cavité et devenus hémorragiques secondairement, avec ou sans traumatisme (Auvray).

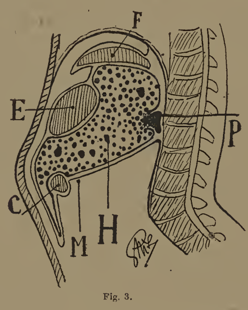


Fig. 3.

L'hématome est un épanchement de *sang*, (de *bile* et de *suc pancréatique*) dans la cavité séreuse.

Le kyste est une tumeur à parois propres et rétro-péritonéale, se recouvrant de péritoine comme une hernie se recouvre d'un sac herniaire.

Dans le premier cas il n'y a qu'à drainer.

Dans le second cas il faut s'efforcer d'extirper la poche.

Contenu. — Dans les hématomes enkystés le contenu de la poche est du sang, en général *coagulé*, sous forme de caillots goudronnés, noirs, consistants, demi-solides, présentant des *lames de fibrine stratifiée* à la périphérie de la collection, au contact du *péritoine*.

Parfois, dans le centre de la poche, une certaine quantité de sang reste *liquide*, rouge noir, sépia ou jaunâtre.

Dans les *vieilles collections*, il se produit une désagrégation du sang qui donne les couleurs brun, jaune, chocolat, café. Parfois le liquide est du sérum à peine teinté et clair, où seul, l'examen histologique révèle la présence de globules; on y trouve également de l'hémoglobine, de l'albumine et même, quand il y a eu rupture ou écrasement du pancréas, du suc et des ferments pancréatiques.

D'autres fois, le liquide est rosé citrin, teinté en jaune ou opalin, lactescent, pouvant contenir tous les ferments pancréatiques (trypsine, steapsine, amylopsine); on a constaté dans ces épanchements sanguins, la présence de bile, en plus du suc pancréatique, d'albumine, d'amidon, de sucre, de graisse plus ou moins émulsionnée.

Mais l'examen chimique est indispensable à qui veut connaître la véritable nature de l'épanchement du sang. Il est impossible à l'œil nu de reconnaître la présence ou l'absence de suc pancréatique, et parfois même de bile.

Ajoutons que ces caillots sanguins sont quelquefois englobés dans des exsudats fibrineux pseudo-membraneux qui peuvent leur donner l'apparence trompeuse de *débris de tissus sphacélés* ou écrasés, ayant l'aspect de fragments de tissu splénique : ce que nous avons observé chez notre opéré.

Plusieurs caillots avaient une carapace, une capsule, que l'on peut comparer à du blanc d'œuf cuit et coagulé. Potherat avait déjà fait cette constatation sur un sujet de l'école pratique (1891).

La paroi de la poche, en avant, est donc en réalité formée par un épiploon, en général l'épiploon gastro-côlique, ou gastro-splénique, quelquefois l'épiploon gastro-hépatique; ce feuillet péritonéal étant mince et transparent, il en résulte que la tumeur présente un aspect bleu-noirâtre foncé. Hadra l'avait déjà signalé.

Volume de l'hématome. — Le volume de cette tumeur est comparé par la plupart des observateurs à une *tête d'enfant* : quelquefois son volume atteint celui d'une tête d'adulte ou beaucoup plus (cas de Walther.)

D'autres fois il est plus réduit et a le volume du poing, mais ces hématomes développés dans l'arrière-cavité libre et normale, à la suite d'un traumatisme, chez des individus normaux, sont toujours plus volumineux que les hématomes ou kystes sanguins du mésentère ou des autres mesos.

La quantité de liquide des cas rapportés varie de 150 cm³ à plusieurs litres, 5 litres, 7 litres (Schwartz).

Rapports. — Ces collections sanguines emprisonnées et enfermées dans l'arrière-cavité (car l'hiatus de Winslow est virtuellement oblitéré ou comprimé) tendent donc à faire saillie, *à bomber au point de moindre résistance*, c'est-à-dire en deux régions :

a) Soit *entre le foie et l'estomac*, ce qui est rare;

b) Soit *entre l'estomac et le côlon*, ce qui est *fréquent*.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce point, qui est commun à l'évolution des hématomes de l'arrière-cavité et des tumeurs kystiques du pancréas, qui ne sont pas dans notre sujet. Bornons-nous à dire que l'hématome est saillant et fait voussure : soit entre foie et estomac, soit entre côlon et estomac.

Körte l'a montré depuis longtemps pour les tumeurs de la région et nous n'avons rien à ajouter à ces notions classiques.

Coagulation du sang épanché.

Fourcade (1829) et Grenet (1882) ont étudié la question et conclu à l'absorption et à la résorption du sang (?) au point que Grenet, dans sa thèse, étudiait la transfusion sanguine par injection de sang dans le péritoine.

Vulpian admettait des conclusions analogues.

Pratiquement, comme le démontrent l'évolution et la formation de ces hématomes, le sang épanché dans l'arrière-cavité ne se résorbe pas, ou ne se résorbe que très tardivement. Pourquoi?

Faut-il faire intervenir l'irritation ou l'infection du péritoine?

Lemarignier (thèse Paris, 1886) a étudié l'évolution expérimentale de ces hématomes et conclut que le suc pancréatique alcalin a une action coagulante? — Mais tous les cas ne s'accompagnent pas d'épanchement de suc pancréatique, puisqu'il n'y a pas toujours lésion du pancréas. Cependant un fait est certain : la persistance, la coagulation, l'accroissement de ces hématomes, pendant des semaines et des mois, et produits par des hémorragies probablement lentes, mais prolongées et abondantes.

A la longue, la coagulation provoque la formation d'une couche *fibrine* qui double la paroi péritonéale servant d'enveloppe à l'hématome. Ces dépôts de fibrine peuvent s'organiser et devenir

fibreux. Ainsi peut se constituer une lame résistante qui peut être prise — et à tort — pour la paroi d'un kyste vrai, d'une tumeur. Ce n'est que le résultat d'un processus commun à tous les hématomes en général. Mais ici, des *adhérences péritonéales* peuvent, en outre, se former autour de cette collection, et en masquer les limites et les rapports.

Ceci nous amène à rechercher quelles différences peuvent exister ou quelle assimilation peut être faite entre l'*hématome enkysté* de l'arrière-cavité et le *kyste traumatique du pancréas.*

HÉMATOMES DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ ET KYSTES TRAUMATIQUES DU PANCRÉAS.

Il est admis, par tous les auteurs, que les hématomes traumatiques du pancréas sont l'*origine* des kystes pancréatiques traumatiques.

Pour Villar, cela est « possible ». Pour Gosset (path. Externe) : « l'intégrité du péritoine limite le foyer hémorragique et ainsi se constitue l'hématome enkysté de l'arrière-cavité des épiploons, *origine* des kystes traumatiques du pancréas ».

On retrouve cette opinion dans les divers traités de médecine ou de chirurgie : Mathieu, Quénu, Carnot. L'hématome se modifierait, se transformerait en kyste : le contenu de la poche pourrait même perdre peu à peu ses caractères hématiques (?) devenir « limpide », le sang et l'hémoglobine se décomposeraient (?) au point qu'il peut être difficile d'en retrouver des traces, chimiquement. — Le liquide peut avoir ainsi la couleur de la bière ou être clair comme de l'eau.

Lorsque l'hémorragie est la conséquence directe du traumatisme, lorsqu'il s'est produit par exemple une rupture, de l'organe il se fait un épanchement de sang pur dans l'arrière-cavité des épiploons.

« Ce serait là, croit-on, le point de départ de certains kystes du pancréas.

« Au sang épanché, viendrait se mélanger du liquide pancréatique en vertu de la rupture du canal de Wirsung. Et plus tard, le sang se résorbant, le kyste perdrait progressivement ses qualités

hématiques pour prendre l'aspect de certains kystes remplis de liquide pancréatique.... On a même pu voir le liquide se modifier peu à peu, par des ponctions successives, et de sanglant devenir pancréatique » (Mathieu, *Traité de médecine* Charcot-Bouchard).

Dans son obs. XXVII (que nous rapportons), Jeannel croit qu'un hématome pancréatique peut se transformer en pseudo-kyste, et que peu à peu le sang peut être résorbé et remplacé par du suc pancréatique.

D'après Quénu (*Traité de chirurgie* Duplay-Reclus), les kystes pancréatiques peuvent être le résultat d'épanchements sanguins qui s'enkystent, quoique l'auteur fasse la distinction entre ces pseudo-kystes d'origine hémorragique et les kystes vrais devenus secondairement hémorragiques. — Dans le véritable hématome, l'hémorragie serait antérieure au kyste : la poche se formerait ensuite autour du sang épanché par un processus général à l'enkystement de tout épanchement sanguin.

Mais il est évident qu'une telle poche ne peut être constituée anatomiquement que par des dépôts fibrineux (plus ou moins vascularisés par des capillaires embryonnaires) et transformés en tissu fibreux; on conçoit qu'une telle coque ne présente et ne peut pas présenter de revêtement épithélial à sa surface intérieure, ni de revêtement endothélial : or ce revêtement est la caractéristique histologique des véritables kystes du pancréas.

Ces stratifications de fibrine, renforcées par des adhérences péritonéales, peuvent donc constituer une carapace qui cloisonne et limite l'hématome : cette carapace peut devenir résistante, mais *jamais* elle ne possède de véritable *plan de clivage*.

Lorsque cet hématome se transforme lentement en pseudo-kyste, c'est qu'il y a eu, en général, rupture des canaux pancréatiques et mélange de suc pancréatique au sang épanché, ou exsudation de sérosité diluant le sang. Telle est l'opinion de Körte, de Villar.

Mais il faut bien reconnaître qu'une telle transformation ne s'observe nulle part ailleurs, dans aucun autre hématome traumatique, si ce n'est dans la plèvre, où un épanchement séro-fibrineux peut se produire et se mélanger à l'hémothorax.

Nous pensons qu'il est extrêmement difficile de distinguer cliniquement et même parfois anatomiquement l'hématome enkysté du pseudo kyste pancréatique traumatique.

Ces deux lésions ne sont peut-être que deux phases de l'évolution, de l'enkystement et de la résorption plus ou moins partielle, de la modification chimique d'un épanchement de sang.

Il nous paraît que les faux kystes traumatiques pancréatiques, les pseudo kystes traumatiques, non énucléables, non extirpables, que l'on se borne à marsupialiser, ne sont autre chose que d'anciens hématomes pancréatiques et péri-pancréatiques, dans lesquels les productions fibrineuses ont pu, à la longue, constituer une poche qui en impose parfois pour un kyste glandulaire vrai. L'anatomie pathologique n'en est pas faite. Nous ne possédons malheureusement pas de documents histologiques pour trancher cette question, en dehors des observations 24, 42, 47.

Symptomes et évolution clinique.

Dans toutes nos observations, dans les plus anciennes comme dans les plus récentes, dans les cas non opérés comme dans les cas opérés, on retrouve la même évolution, la même allure; et ces observations sont tellement analogues et comparables entre elles qu'on peut schématiser ainsi l'histoire de ces hématomes en trois phases.

1° *L'accident.* Phénomènes plus ou moins graves, accidents péritonéaux plus ou moins accusés, parfois légers.

2° *Fausse guérison.* Tous les accidents précédents ont disparu ou régressé, c'est la période latente. C'est l'intervalle « libre » pendant lequel se constitue la tumeur, période de durée variable.

3° *Puis la tumeur apparaît*, avec, en général, des symptômes capitaux : Des troubles digestifs et un amaigrissement très marqué. C'est alors la période chirurgicale.

Cette évolution clinique en trois phases est très nettement indiquée par Auvray (*Gaz. des Hopitaux*, novembre 1910) qui les décrit, dans son article concernant l'observation rapportée plus loin.

1° *L'accident.*

Il s'agit d'une contusion abdominale, avec des symptômes variables d'une observation à l'autre, par leur groupement et leurs caractères. Mais la lecture des observations montre que *jamais au*

moment de l'accident et les jours suivants, dans aucun cas, le diagnostic d'hémorragie dans l'arrière-cavité n'a été fait ni soupçonné, et n'a été possible. Nous ne décrirons pas les signes qui ont accompagné, dans nos observations, la contusion abdominale « initiale », ce qui serait une énumération fastidieuse. Nous ferons simplement remarquer que, dans notre cas personnel, l'attention ne fut pas même attirée vers l'abdomen, avant le huitième jour.

Le blessé de Mériel présenta d'emblée les signes d'une contusion sans gravité apparente.

Le blessé de Walther eut purement et simplement les symptômes d'une banale fracture de côtes avec petit épanchement pleural.

Dans l'observation d'Auvray, il y eut d'emblée une douleur lombaire violente et persistante.

Certains blessés au moment de l'accident ont perdu connaissance (Schwartz). D'autres ont simplement accusé une douleur passagère. Dans le cas de Gros, le patient continua à conduire son cheval. Le jockey de Merigot de Treigny ne savait point quel jour avait pû se produire sa lésion, car il avait fait plusieurs chutes de cheval. Et le blessé de Chayron (qui était un athlète) était venu à pied à l'hôpital après avoir été coincé entre deux voitures.

Quant à notre blessé, s'il était dans le coma, c'est qu'il avait en même temps une fracture de la base du crâne. On voit donc qu'il est impossible, au moment de l'accident et dans les premiers jours, de reconnaître et de prévoir même la formation de l'hématome.

Dans ses rapports à la Société de chirurgie, en 1908, Guinard insistait beaucoup sur la *bénignité du début* de ces accidents, sur le peu de symptômes subjectifs et sur l'absence fréquente des symptômes objectifs, sur leur fugacité, leur banalité même : douleurs sans caractères déterminés, peu ou pas de modification du pouls, absence des signes physiques. Cela est aussi vrai des hématomes traumatiques de l'arrière-cavité, que des kystes pancréatiques d'origine traumatique.

Et cela peut être opposé à la violence, à l'acuité des douleurs dont se plaignent ces mêmes malades lorsque la tumeur s'est développée au point de devenir perceptible au palper et à la vue, lorsque le plexus cœliaque est comprimé.

2° *La fausse guérison. L'intervalle libre.*

Maintenant, la symptomatologie va être encore plus variée et déconcertante. Nous avons déjà indiqué que la durée de « formation » de la tumeur pouvait varier de quelques jours à plusieurs mois, et même à plusieurs années. Nous n'y revenons pas.

On peut résumer les observations en disant que pendant cette période, les blessés *souffrent, vomissent* et *maigrissent.*

La *douleur* est le plus souvent une sensation de tension et par moments une douleur paroxystique et lancinante de l'hypochondre gauche; assez souvent la douleur prend les allures d'un point de côté. Dans quelques cas, elle s'étend à la région dorso-lombaire. Dans le cas d'Auvray elle était exclusivement lombaire, souvent elle provoque l'attitude en décubitus latéral sur le côté sain.

Néanmoins les patients peuvent travailler, voyager, marcher, reprendre leurs occupations.

3° *Apparition de la tumeur.*

Presque toujours la présence de la tumeur est découverte par le malade, au cours des séquelles post-traumatiques dont nous venons de parler, parfois au cours d'une excellente santé, en l'absence de tous ces troubles, qui peuvent avoir disparu (et même n'avoir jamais existé).

Caractères de la tumeur. — Ces caractères sont à peu près ceux des tumeurs et kystes pancréatiques. La description en est faite depuis longtemps. Aussi serons-nous bref dans l'étude de leurs signes physiques. Nous ferons cependant observer que dans le cas d'*hématome*, la tumeur est *moins mobile* et moins nettement délimitée que dans les cas de kystes vrais de l'arrière-cavité, qu'ils soient d'origine pancréatique, ou d'origine splénique.

La tumeur forme une *voussure* très appréciable à la vue : cette voussure occupe l'épigastre, la région ombilicale et l'hypochondre gauche, avec point de départ à gauche; on peut dire que ces tumeurs bombent dans la moitié gauche de l'étage sus-ombilical de l'abdomen. Parfois il y a *déformation en coup de hache* de la paroi thoracique, avec élargissement des derniers espaces intercostaux (cas de Walther, cas personnel).

Il est assez rare d'observer un *œdème* ou une dilatation des veines superficielles de la paroi.

Dans quelques cas la tumeur descend jusqu'à la fosse iliaque interne et Walther l'a vue atteindre l'arcade crurale gauche.

La palpation montre que la tumeur est *résistante* ou *dure*, ou *élastique, parfois fluctuante*. Mauclaire et *Désarnaud* (*Soc. anat., 1902*) ont constaté un froissement de crépitation sanguine, mais leur cas n'était point d'origine traumatique. Parfois on a perçu le froissement comparé à celui d'un cuir neuf. Cela est exceptionnel, d'habitude on ne perçoit que la résistance des tumeurs liquides et il est assez rare que la tumeur soit mobilisable, ce qui se conçoit aisément puisque toute l'arrière-cavité est distandue par l'hématome. Par contre on a vu cette tumeur suivre les *mouvements du diaphragme*, de haut en bas.

Quant au volume de la tumeur, il est variable comme nous l'avons dit en parlant de sa capacité. D'habitude le volume est à peu près celui d'une *tête d'enfant*.

Il est rare que la palpation de la tumeur soit douloureuse, et que l'on perçoive la *sensation de flot*, à deux mains.

La percussion donne des renseignements précieux : *matité de la tumeur* (et de l'espace de Traube quand elle est volumineuse). Mais surtout la tumeur est *encadrée par la sonorité de l'estomac et du côlon*. La sonorité colique est en général la limite inférieure de la collection. Quant à la sonorité gastrique elle est soit à droite, soit en haut, exceptionnellement en bas, puisque le pseudo kyste bombe en général entre côlon et estomac. La matité se confond en haut avec celle du foie. Ces caractères ont une importance pratique et opératoire, il est inutile de le rappeler.

Suivant le conseil de Tillaux, on peut délimiter et marquer sur la peau la limite de la matité et faire respirer largement le malade pour rechercher si la respiration mobilise la tumeur.

Parfois ces signes physiques sont variables suivant l'état de *distension de l'estomac, du côlon* (cas de Walther). Et il est très utile de suivre le conseil donné par Guinard en pareil cas : distendre l'estomac artificiellement avec la soufflerie du thermo-cautère. Cette manœuvre si simple et si anodine, que Guinard recommandait pour le diagnostic des affections de l'estomac, du pancréas, permet de reconnaître facilement les tumeurs pancréa-

tiques, à ce caractère qu'elles *disparaissent* momentanément derrière l'estomac dilaté et sonore.

Nous devons enfin signaler un symptôme rarement observé, mais très important, car il a été la cause d'erreurs de diagnostic : *le ballottement et le contact lombaire* de la tumeur, qui simule l'hydronéphrose.

Hartmann et Jeannel ont attiré l'attention sur ce point (dans l'histoire des kystes pancréatiques) mais le ballottement a été aussi observé plusieurs fois, en cas d'hématome de l'arrière-cavité, et fit hésiter le diagnostic : cas d'Auvray, cas de Dambrin, en particulier. Et cela n'est pas surprenant, puisque le ballottement n'est pas l'apanage des tumeurs rénales, et peut apparaître au cours de l'évolution des kystes pancréatiques et des tumeurs du côlon droit ou gauche, « en contact » avec la paroi lombaire.

Auvray, dans son observation de 1910, a constaté l'existence de ce symptôme et a pensé à l'existence d'une collection péri-rénale.

Enfin il faut compléter l'examen de la tumeur par l'*examen du thorax* qui révèle, en cas de grosse collection : la matité, le silence, ou des frottements ou l'abolition des vibrations dans l'espace de Traube et à la base du poumon.

Nous n'avons que peu de renseignements sur l'*examen radioscopique* : dans une seule observation, à notre connaissance, cet examen a été pratiqué (Villar). Dans notre cas personnel nous y avons renoncé, en raison des difficultés matérielles qui se présentaient, de la violence des douleurs de notre blessé, qui ne pouvait quitter sa position en chien de fusil : d'ailleurs le diagnostic était cliniquement fait. Il est vraisemblable que cet examen montrerait l'immobilité du diaphragme plus ou moins refoulé en haut par une masse sombre, déplaçant aussi l'estomac —? — peut-être même le cœur : mais ce n'est là qu'une hypothèse gratuite — nous ne pouvons donner aucune indication positive.

Symptômes fonctionnels et généraux. — Douleurs, vomissements : tels sont les deux troubles fonctionnels constants et en général très accusés ainsi que l'amaigrissement, qui peut atteindre la cachexie.

La compression, exercée par la tuméfaction de l'hématome sur le plexus cœliaque, sur l'estomac, explique ces accidents.

Il faut aussi incriminer dans quelques cas des troubles spéciaux

de dyspepsie pancréatique. Nous ne possédons malheureusement pas de documents chimiques, coprologiques ou urinaires qui nous permettent d'en affirmer la réalité.

a) *La douleur* siège soit à l'épigastre, cas habituel, soit à l'hypochondre gauche (cas personnel), soit à la région lombaire (Auvray). Elle est parfois assez rebelle et assez violente pour rendre impossible le sommeil et imposer au malade le décubitus latéral en chien de fusil. Nous l'avons vue se montrer rebelle à la morphine.

b) *Les vomissements* reviennent avec irrégularité, par crises : ils sont souvent bilieux, mais inconstants. Quelquefois ils revêtent les caractères et le rythme des grands vomissements rares des sténoses pyloriques, au point d'égarer le diagnostic vers une affection gastrique.

c) *L'amaigrissement est signalé dans presque toutes les observations* et est presque toujours assez marqué : étant dû : soit au défaut d'alimentation résultant des vomissements et des douleurs, soit, plus souvent, à des troubles digestifs d'ordre pancréatique, provoqués par la compression que, dès le début, la tumeur exerce sur le pancréas et les viscères. Dans notre observation personnelle, l'amaigrissement fut immédiat et rapide, mais en général, il n'est observé qu'après plusieurs semaines (Gross).

Quant à *l'ictère*, il peut traduire la compression des voies biliaires (les selles sont alors décolorées), ou bien, comme dans notre cas, il y a ictère par résorption d'une masse sanguine, sans décoloration des selles, ni coloration brune des urines.

Dans le cas de Mériel, il semble bien que la compression des voies biliaires doive être considérée comme la cause de l'ictère, qui fut d'ailleurs léger.

En raison de la démobilisation, nous n'avons pu faire examiner ni les selles, ni les urines de notre opéré, et nous en exprimons le regret — en nous en excusant. — Peut-être aurions-nous pu obtenir des renseignements sur l'existence possible de troubles fonctionnels, pancréatiques ?

Il est plus vraisemblable de penser que les hémorragies prolongées, et d'abondance parfois considérable, engendrent, entretiennent et aggravent *un état d'anémie* croissante, chez ces malades.

Complications. Évolution.

Que deviennent les malades porteurs d'un hématome de l'arrière-cavité et à quelles complications sont-ils exposés?

Consultons les observations.

Nous voyons que sur ces 45 observations, on relève :

29 guérisons par ponction ou opération;

9 morts par ponction ou opération;

3 *morts sans traitement chirurgical*;

4 résultats inconnus (opération).

Telle est la statistique, en bloc.

Mais il est nécessaire d'en faire deux séries : la première, celle des cas opérés avant l'ère aseptique, c'est-à-dire avant 1890.

Tous les cas de mort après opération sont antérieurs à 1890, sauf trois, celui de Soublotich, 1894 (péritonite), le cas de Routier 1894 (péritonite) et celui de Mériel, opéré en 1910, où la mort fut causée par une pneumonie droite post-opératoire sans péritonite.

Nous ne rapportons que 3 cas de mort sans traitement : celui de Fourcade, 1829, mort par péritonite traumatique (plaie); celui de Simon, 1858, mort par choléra, celui de Bichon, 1896, mort par occlusion intestinale.

Ce dernier cas est le seul où la mort ait été causée par l'hématome de l'arrière-cavité, en dehors de toute intervention et de maladie intercurrente.

Nous ne pouvons donc pas donner d'après ces 3 cas de plus amples détails sur les complications possibles, à moins de répéter ce qui a été écrit bien souvent sur les complications des tumeurs kystiques, pancréatiques ou spléniques ou hydatiques de l'arrière-cavité; ce que nous jugeons inutile de faire.

Nous ne connaissons que 2 cas dans lesquels l'*occlusion intestinale* a été observée : dans le cas de Bichon, l'occlusion a amené la mort; dans le cas d'Auvray, c'est l'occlusion qui a provoqué une laparotomie d'urgence, qui fut suivie de guérison. Il est facile de concevoir le mécanisme de cette occlusion, qui est réalisée par une compression extrinsèque de l'intestin par l'hématome devenu volumineux, ou par coudure.

Dans la *Loire médicale* de 1907, à propos de la communication

de Blanc et Porte, U. Guinard dit avoir observé l'occlusion dans un cas analogue, mais sans donner aucun détail et aucune autre précision. Toutes les autres observations publiées se rapportent à des hématomes ou à des kystes du mésentère, ou du mésocôlon : non à des collections de l'arrière-cavité.

Une autre complication nous paraît aussi à redouter : *la suppuration de l'hématome.* Nous n'avons trouvé que deux observations où la suppuration soit nettement indiquée (Jobert de Lamballe, R. Picqué). Mais il n'y a pas de raison pour que l'hématome de l'arrière-cavité, comme tous les hématomes en général, ne soit pas susceptible d'être infecté. Dans notre observation personnelle, nous avons eu l'impression que l'infection était sur le point de se produire, en raison des douleurs lancinantes et des oscillations de la température.

Surmay (*Archives générales de médecine*, août 1896) rapporte des observations de suppuration de kystes hématiques, mais de kystes véritables, avec paroi propre, de kystes pancréatiques et non d'hématomes de l'arrière-cavité, et cela sort de notre sujet.

Signalons encore deux complications qui sont *à priori* possibles, quoique non observées jusqu'à ce jour.

Rupture du pseudo kyste. — On sait que les kystes pancréatiques, glandulaires, hémorragiques sont susceptibles de se rompre dans le péritoine ou dans le tube digestif.

Cet accident n'a pas été observé au cours de l'évolution des hématomes emprisonnés dans l'arrière-cavité. Au cours de nos recherches nous n'avons pas pu en trouver une seule observation.

Stéato-nécrose. — Il en est de même de la nécrose graisseuse : nous ne connaissons pas de fait clinique dans lequel cette complication soit signalée, malgré la présence assez fréquente du suc et des ferments pancréatiques dans l'hématome, malgré la formation et la persistance de fistules pancréatiques. Nous enregistrons l'absence de stéato-nécrose, sans pouvoir en donner une explication valable.

En résumé, on peut dire que la principale des complications observées au cours de l'évolution de ces hématomes, est un état d'amaigrissement progressif pouvant arriver à la cachexie. Cela ressort nettement de l'analyse de toutes les observations.

Diagnostic.

Il nous paraît inutile de répéter et de décrire les symptômes particuliers des tumeurs du pancréas, du foie, du rein, du mésentère, du côlon et de la *rate* et de l'*estomac*, que l'on observe dans la région ombilicale ou épigastrique; les symptômes sont si connus, que nous nous bornons à signaler les erreurs de diagnostic les plus fréquentes.

a) L'hématome de l'arrière-cavité a été pris pour une tumeur de la *rate*, du *mésentère*, du *rein*, pour un kyste hydratique du foie, pour une péritonite localisée. D'autres fois, on a cru à l'existence d'une tumeur de la paroi, d'un *hématome de la gaine* du *grand droit* et même d'une lésion des voies biliaires et distension de la vésicule. Dans d'autres cas, le diagnostic a hésité entre une tumeur de l'arrière-cavité et une collection *péri-rénale* : cas assez rares.

b) Le diagnostic est particulièrement difficile lorsque l'hématome de l'arrière-cavité est assez volumineuse pour donner le *contact lombaire et la sensation de flot* à la palpation bimanuelle. On peut hésiter entre le diagnostic de collection de l'arrière-cavité et le diagnostic de *collection péri-rénale*. Une observation de Dambrin en fait foi (*Archives médicales de Toulouse*, 1er mars 1912). Voici le cas à titre d'exemple.

Observation. — Le 29 juillet 1909, un enfant de neuf ans est renversé par une voiture : forte hématurie immédiate, vomissements, collapsus, pouls petit, menaces de péritonite.

Ces accidents s'amendent et une accalmie survient, mais l'enfant maigrit; cependant, quinze jours après l'accident, l'enfant semble guéri et retourne aux champs pour « garder les dindons ». A ce moment il n'y a pas de tumeur (intervalle libre). Le 26 août, reprise des vomissements et des douleurs, amaigrissement extrême. Apparition d'uue tumeur.

Admission à l'hôpital le 1er septembre 1909. Énorme tumeur occupant la moitié gauche du ventre, du pubis aux fausses côtes, mate, immobile, liquide, donnant le contact lombaire et la sensation du flot, tumeur immobile et non mobilisable ; une saillie en marque le milieu (saillie du côlon distendu sonore). Cette masse est indolore

au palper, occupe le flanc et l'hypochondre. Peu ou pas de douleurs spontanées.

Diagnostic : épanchement uro-hématique périnéal.

Laparotomie le 5 septembre 1909 sur le point le plus saillant de la tumeur : diagnostic confirmé; le côlon croise la tumeur verticalement. Ponction au gros trocart : 1 500 gr. de liquide fibrineux citrin sanguinolent, uretère visible dans la poche, le rein est reconnu dans le fond, marsupialisation de la poche (sang et urine). Guérison complète sans fistule le 1er novembre 1909 (observation résumée).

On voit combien cette collection rétropéritonéale et *péri-rénale* ressemblait aux collections intrapéritonéales de l'arrière-cavité que nous étudions, en particulier aux cas de Walther, d'Auvray. Des erreurs de diagnostic ont été faites par des chirurgiens éminents : cela prouve que toutes les tumeurs de la région peuvent se présenter sous le même aspect.

Rappelons que l'hématome de l'arrière-cavité est mat, qu'il est encadré de sonorité due à la présence de l'estomac et du côlon. Le côlon est toujours inférieur par rapport au kyste. L'estomac est en général au-dessus, quelquefois au-dessous (avec le côlon), ce qui est rare; dans notre cas personnel l'estomac était interne par rapport à la collection sanguine.

Il faudra donc soigneusement percuter, palper, employer le phoneudoscope, chercher le ballottement, préciser les rapports de la tumeur avec le côlon et surtout avec l'estomac. Enfin il sera utile de suivre le conseil de Guinard et d'insuffler de l'air dans l'estomac avec la soufflerie du thermo-cautère. On pourra par tous ces moyens, préciser le siège de la tumeur dans l'arrière-cavité, mais il sera souvent plus difficile de distinguer l'hématome volumineux, des kystes, tumeurs ou hypertrophies de la rate, soit kystes traumatiques, soit kystes hydatiques, également développés dans l'arrière-cavité.

c) *Hématome? ou K. pancréatique?* — Lorsqu'on a acquis la conviction que la tumeur siège dans l'arrière-cavité, il faut en déterminer la nature. Quelles sont les diverses tumeurs que l'on peut observer? *le kyste pancréatique vrai* et *l'hématome*. Ce diagnostic différentiel offre de telles difficultés, que très souvent il n'est pas fait et n'est pas possible.

Les kystes pancréatiques, les kystes vrais glandulaires, séreux, ou hémorragiques, ont souvent un traumatisme à leur origine et dans leur passé, comme l'hématome, ce qui vient encore compliquer le diagnostic.

Mais d'une manière générale on peut dire que le kyste pancréatique est une tumeur mieux limitée, à contours plus précis que l'hématome; et surtout le kyste est plus mobile avec les mouvements respiratoires, et il est mobilisable transversalement, tandis que l'hématome est en général fixé, bloqué et peu mobilisable.

Le kyste est nettement fluctuant, rénitent et liquide, l'hématome est plus tendu, plus dur, quelquefois ligneux, rarement fluctuant.

Ajoutons que le kyste est souvent médian, quelquefois même empiète plus sur la droite que sur la gauche; l'hématome peut être médian, peut déborder à droite, mais toujours il provient de la gauche et présente à gauche le maximum de la voussure et de la matité. Il est exceptionnel que le kyste du pancréas donne de la matité thoracique gauche latérale et inférieure : ce qui est fréquent dans le cas d'hématome.

Enfin le kyste d'origine traumatique apparaît plus longtemps que l'hématome après le traumatisme : le kyste est tardif. L'hématome de l'arrière-cavité peut aussi n'apparaître que tardivement, c'est vrai. Mais bien souvent il est découvert quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme initial : une tumeur volumineuse apparue en cinq, dix, vingt, trente jours est un hématome et non un kyste vrai. C'est là, à notre avis, un caractère très important et c'est sur ce caractère que nous avons pu établir, dans notre cas, le diagnostic d'hématome enkysté (et non de kyste pancréatique), d'accord avec les confrères qui ont observé notre blessé et assisté à notre opération.

Et lorsque la tumeur est découverte après laparotomie, son aspect bleu noir, ardoisé, confirme le diagnostic d'hématome.

d) Parmi les affections que l'on confond avec les hématomes de l'arrière-cavité, nous devons signaler une tumeur rare, mais fort curieuse : *les grands kystes des capsules surrénales*. Ces kystes ont été étudiés par Terrier et Lecène (*Revue de chirurgie*, 1906) qui en ont rassemblé 9 observations. Nous les signalons : car lorsque ces kystes occupent la capsule surrénale gauche d'une part, et

d'autre part sont hémorragiques, ou hématiques, il est à peu près impossible de les distinguer des hématomes que nous étudions : exemple, l'observation de Routier, qui histologiquement est un kyste de la surrénale, et cliniquement un hématome enkysté dans l'arrière-cavité.

Ces kystes surrénaux se présentent cliniquement comme des kystes pancréatiques et des tumeurs de l'arrière-cavité des épiploons, au point de vue physique : de même au point de vue fonctionnel (douleurs, vomissements et amaigrissement, évolution lente, parfois post-traumatique.

Enfin au point de vue opératoire, la ressemblance est si complète que Terrier et Lecène, dans leur observation personnelle, crurent avoir opéré un kyste pancréatique. L'examen histologique leur révéla qu'il s'agissait d'un kyste surrénal. Et dans les 9 observations publiées, le diagnostic n'a été fait que microscopiquement. Ces collections ont parfois l'aspect ardoisé et le contenu hématique des vrais hématomes. C'est pourquoi le diagnostic clinique et le diagnostic opératoire en sont en général impossibles. Nous désirons le signaler, malgré la rareté de ces kystes surrénaux.

Pratiquement, dans beaucoup de cas, le diagnostic d'hématome n'a pas été établi. Et plusieurs fois les chirurgiens ont fait la laparotomie sans avoir pu préciser la nature — et même le siège — de la tumeur apparue à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. Nous allons voir que, même au cours de la laparotomie, il n'a pas toujours été possible de préciser le diagnostic et de dire si la collection est développée aux dépens de la rate, du pancréas, de la surrénale ou du foie. Le seul diagnostic possible, dans beaucoup de cas — et après la laparotomie — est celui d'épanchement de sang enkysté derrière l'estomac, ou derrière l'épiploon gastro-côlique.

Traitement.

Cette question est jugée, le traitement de ces hématomes ne prête nullement lieu à la discussion. Il n'y a qu'un traitement rationnel de ces collections : *la laparotomie*, dès que le diagnostic est établi.

Les ponctions nous paraissent devoir être abandonnées, et sont

en réalité abandonnées depuis plus de vingt ans pour les tumeurs liquides de l'abdomen en général.

Ici elles sont inutiles et impuissantes à évacuer une collection de consistance demi solide, molle — et non liquide ou du moins partiellement liquide.

Richet, en ponctionnant en pareil cas, a perforé l'estomac et une péritonite mortelle en a été la conséquence.

Savariaud, en opérant, a constaté que l'estomac était situé devant la tumeur, de telle manière qu'une ponction l'eut certainement blessé. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce point : il faut opérer dès que le diagnostic est posé.

Il est inutile de refaire ici le procès de la ponction exploratrice, qui a été fait par tous les chirurgiens qui, depuis vingt ans, ont écrit sur ce sujet. Le lecteur qui serait désireux de se documenter sur la ponction et d'en connaître les insuccès, l'insuffisance, les accidents et les catastrophes, n'a qu'à se reporter au mémoire de Timbal sur les kystes sanguins du mésentère : cet auteur fait une étude historique et critique très complète de la ponction, appliquée à ces tumeurs; nous adoptons toutes ses conclusions, et n'avons rien à y ajouter.

Le diagnostic d'hématome de l'arrière-cavité entraîne et doit entraîner, à notre avis, la laparotomie sans retard, ou plus exactement : l'incision sur le point culminant de la tuméfaction, quel qu'il soit.

Quelle sera l'incision? — Naturellement on incisera sur le point culminant de la tumeur, en général à gauche, sur la paroi abdominale. Le ventre ouvert, on recherchera (s'ils ne se présentent pas spontanément) l'*estomac*, puis le *côlon* : et on passera suivant les cas, entre côlon et estomac (ou entre foie et estomac), selon que la tumeur bombe au-dessous ou au-dessus de l'estomac. Lorsque la grande cavité péritonéale est *libre*, cela ira sans difficultés. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut rencontrer d'*anciens foyers inflammatoires*, qui rendent difficile et même impossible le repérage et l'orientation : témoin le cas de Mériel. C'est alors qu'il peut être difficile d'éviter une blessure accidentelle d'un viscère. On recherchera la coloration bleu-noir de l'hématome.

La laparotomie étant faite, quelle conduite tenir?

Évidemment il ne faut pas songer à extirper une poche qui n'existe pas ou qui n'est pas décollable ni extirpable.

Il n'y a donc qu'une chose à faire : ouvrir, évacuer, drainer l'hématome, avec ou sans marsupialisation.

La marsupialisation est-elle nécessaire? est-elle possible?

Nous ne croyons pas qu'elle soit toujours possible et toujours nécessaire.

Dans notre cas, la marsupialisation fut rendue impossible par la nécessité de faire tamponnement immédiat, et par la minceur de l'épiploon friable qui formait la pseudo paroi de la collection; ajoutons que la marsupialisation était d'ailleurs parfaitement inutile.

Le plus souvent (comme dans le cas de Mériel) on tombe sur un magma d'adhérences, plus ou moins molles, plus ou moins épaisses, qui masquent le champ opératoire à ce point que le chirurgien ouvre souvent la collection sans s'en douter, et s'en aperçoit par l'écoulement en jet d'un liquide noir ou rougeâtre. Dans ces conditions, il n'y a qu'à drainer la cavité ainsi ouverte : on ne saurait songer à faire autre chose.

Cependant nous croyons que, lorsqu'on n'est point pris à l'improviste par cet incident, ou par la nécessité de faire un tamponnement, lorsqu'on tombe sur une collection qui bombe *en péritoine libre*, il y a intérêt à vider la poche (autant qu'il est possible), avec un gros trocart à kyste, puis à l'inciser, pour en extraire les caillots à la main, et à pleine main, après quoi il serait *prudent et sage de marsupialiser*, en suturant à la paroi, la brèche ainsi faite dans la collection hématique.

« Il est probable que la question (le siège de l'hémorragie) restera souvent imprécise si l'on se borne à ouvrir, évacuer, drainer ces poches hématiques sans se livrer à aucun curettage, aucun frottement dur à leur surface interne, en s'abstenant de toute curiosité intempestive sur l'origine de l'hémorragie : si l'hémostase est faite, l'hématome est constitué. Il convient d'en profiter, et de se borner au nécessaire en se gardant de recherches inutiles qui pourraient provoquer de nouvelles hémorragies. »

Tel est le conseil que donne Lejars (*Soc. de chir.*, 7 février 1912, p. 206) et qui résume nettement la thérapeutique chirurgicale des hématomes sous-phréniques et des hématomes de l'arrière-cavité.

Quénu (*Soc. de chir., Bulletin*, 6 février 1912) déclare n'avoir pas pu trouver la rate en opérant par la voie abdominale et la voie transdiaphragmatique deux volumineux hématomes sous-phréniques gauches attribués à une lésion de la rate? Il ne s'agissait d'ailleurs pas d'hématomes traumatiques. L'auteur réprouve, lui aussi, toute manœuvre de curettage. Cette opération ressemble à une opération d'hématocèle avec grande hémorragie, par l'aspect et la quantité de caillots et de sang noir que l'on évacue : véritable « hématocèle » de l'arrière-cavité, et d'une arrière-cavité énorme, dans certains cas. Nous avons eu l'occasion d'introduire la main entière dans cette poche, qui donne la sensation d'un utérus gravide que l'on « délivre » artificiellement et que l'on « cure » à la main.

Le tamponnement d'une telle cavité est en général nécessaire, nous avons dû le faire immédiatement en raison d'un abondant écoulement de sang brusquement survenu après l'évacuation des caillots. Le plus souvent on pourrra se borner à chiffonner quelques compresses autour d'un drain.

Il sera bon de rechercher dans le liquide s'écoulant par les drains après l'opération, la présence du *suc pancréatique*.

D'après Guy, il faudra rechercher la présence de l'amylase en mettant à l'étuve un mélange de ce liquide et d'amidon : si la réaction est positive, ce mélange après vingt-quatre heures de chauffage à 38° doit dévier à droite la lumière polarisée et réduire la liqueur de Fehling.

La présence de trypsine sera révélée par la digestion du blanc d'œuf cuit après chauffage à l'étuve à 38°.

Parallèlement, un examen des fèces (au point de vue de l'utilisation des graisses) et des urines, serait indiqué.

Le plus souvent, d'ailleurs, la présence de suc pancréatique dans les écoulements post-opératoires, est révélée par des ulcérations de la peau et de la paroi, par des érosions caractéristiques. Dans un cas de Jeannel où il y avait « digestion » de la peau, la recherche des ferments pancréatiques fut négative.

Les suites sont en général très favorables, mais un ennui est à redouter, lorsqu'il y a eu lésion du pancréas : l'établissement d'une *fistule*, soit pancréatique, soit simplement séro-sanguinolente.

Le liquide devient plus clair, puis séreux et graisseux, et on y trouve les caractères du suc pancréatique : irritant la paroi. Ces fistules peuvent être traitées avec avantage, comme l'ont fait Savariaud et Tuffier, par le régime diabétique et ce moyen est à essayer, avant toute tentative chirurgicale contre cette fistule.

Mais nos observations montrent que cette fistule est assez rare, d'une part, et d'autre part que la guérison spontanée en est presque la règle, en quelques semaines ou quelques mois, de un à trois mois en moyenne. Nous n'avons pas trouvé d'observation dans laquelle il ait été nécessaire de traiter chirurgicalement cette fistule, dont la durée est fort variable. Dans l'observation de Jeannel il y avait bien une véritable fistule pancréatique, comme en témoignent les accidents ulcéreux de la paroi : la guérison fut spontanée et assez rapide cependant.

D'une manière générale, on peut dire que la laparotomie a guéri les malades, et a immédiatement amélioré leur état général, en supprimant les douleurs, les vomissements et en rendant possible l'alimentation. Jamais ces troubles n'ont reparu et les guérisons obtenues ont été définitives, les malades ayant pu reprendre leurs occupations et leurs travaux.

Nous n'avons pas cru devoir parler des *diverses voies d'accès* qui permettent d'aborder le pancréas et les collections de l'arrière-cavité : *voie transpleurale* utilisée par Guinard et par Quénu, *voie lombaire*, préconisée récemment encore par Pierre Delbet, à la Société de Chirurgie (*Bulletin* du 25 février 1919) : on peut arriver aisément au pancréas par une incision lombaire oblique en passant derrière le côlon, et devant le rein, après décollement du côlon. Il est bien évident que l'on emploiera la voie qui paraîtra la plus commode, c'est-à-dire qu'on incisera au point qui répond au maximum de la voussure : laparotomie *médiane*, ou latérale *gauche*, sus-ombilicale ou *sous-costale*; incision *lombaire*, etc. C'est ce qu'a fait Lejars dans l'observation que nous avons rapportée. Il ne s'agit pas d'extirper une tumeur, mais seulement d'évacuer une collection liquide, la voie la plus directe sera la meilleure.

Résultats des traitements divers.

	Nombre.	Morts.	Guérisons.
Ponctions	6	4	2
Laparotomie, marsupialisation (2 résultats inconnus	21	3	16
Laparotomie, drainage simple (2 résultats inconnus	15	2	11
Incision lombaire	1	0	1
Cas non traités	3	3	0

3 cas de mort sans traitement:
- occlusion intestinale 1
- suite du traumatisme 1
- maladies intercurrentes 1

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Observation I. — Fourcade (thèse Paris) 1829 (*in Thèse Michel*).

Garde du corps, vingt-huit ans, blessé en duel. Coup d'épée à l'épigastre. Symptômes graves : hoquet, vomissements, refroidissement, collapsus, subictère. Amélioration apparente le huitième jour.

Apparition le dixième jour d'une tumeur épigastrique résistante.

Mort le trentième jour avec dyspnée et hématémèse. Autopsie : l'arrière-cavité des épiploons est pleine de sang liquide et coagulé, caillots noirs, plaie de l'estomac, péritonite diffuse. L'artère splénique est coupée près du tronc cœliaque.

Obs. II. — Jobert de Lamballe (*in thèse Rouiller*, Paris, 1885.)

Homme de trente-cinq ans, blessé le 14 avril 1834. Cinq coups de baïonnette dans l'étage supérieur de l'abdomen. Deux coups de crosse à l'hypochondre gauche.

Ballonnement, fièvre et accidents péritonéaux graves, qui s'amendent.

1er mai. Frisson, fièvre, vives douleurs dans l'hypochondre gauche. Tuméfaction entre l'ombilic, les fausses côtes et la crête iliaque, décubitus dorsal impossible.

6 mai. Incision, liquide lie de vin sous tension, 8 onces de liquide analogue à de la bouillie *splénique*, le décubitus dorsal est redevenu possible.

Ventre souple partout, sauf autour de la plaie. Suppuration de la plaie.

Guérison. Exeat le 15 juin.

Obs. III. — Simon (*Soc. Anat.* 1858).

Homme quarante-quatre ans. Choléra asiatique et rétention d'urine ?

Grosse tumeur prise pour une rétention d'urine, cathétérisme sans résultat.

Tumeur mobile latéralement, atteignant l'estomac et l'ombilic.

Diagnostic incertain, affection de l'estomac ou du grand épiploon.

Traumatisme abdominal il y a douze ans. Mort par choléra. Autopsie. Poche hématique enkystée entre les deux lames du grand épiploon, dépôts fibrineux, sang coagulé, liquide rouillé, parois de la poche minces (1 mm.). La collection semble tenir à la grande courbure. Son aspect était bleuâtre.

Obs. IV. — Le Dentu (*Soc. anat.*, 1865).

Homme de vingt-six ans, charpentier, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1862, trois mois après un accident : contusion de l'abdomen par le timon d'une voiture. Vomissements et douleurs.

Apparition d'une tumeur sus-ombilicale fluctuante à bord tranchant comme le foie.

La méthode de Récamier est appliquée (potasse caustique), ponction sur l'escarre : liquide muqueux et sang. Mort en trois jours par péritonite. Autopsie : l'escharre intéresse la paroi antérieure de l'estomac. La collection siège derrière l'estomac dans l'arrière-cavité de l'épiploon, son origine est pancréatique, péritonite généralisée.

Obs. V. — Chayron. Thèse Paris 1877 (*in Thèse Michel*, 1898).

Charretier athlétique, trente ans, coincé entre 2 voitures lourdement chargées, choc violent sur l'hypochondre droit, va à pied à l'hôpital.

Le lendemain, fièvre, vomissements, douleurs, frissons, faciès grippé. Amélioration au bout de quelques jours.

Un mois plus tard : tumeur fluctuante dans le flanc et l'hypochondre gauche.

2 ponctions évacuent chacune 2 litres de liquide séro-hématique le 6 août et le 25 septembre 1877 (Duplay). Guérison.

Obs. VI. — Piéchaud (malade de Richet), *Union médicale* (17-24 juillet 1877).

Homme de quarante-deux ans, renversé par un omnibus le 18 juillet 1876. Plusieurs fractures de côtes, séjour de un mois à l'hôpital Saint-Louis.

Entre le 19 février 1877 à l'Hôtel-Dieu (Richet) pour tumeur de l'hypochondre gauche et amaigrissement considérable.

Thorax déformé par la tumeur, voussure abdominale gauche, tumeur lisse, ronde, mate, fluctuante, élastique et mobile, pas d'ictère, aucun symptôme rénal, pas de ballottement ni de contact lombaire, ne vomit pas, ne souffre pas.

Ponction, 24 février 1877 (Richet), 2 l. de liquide hématique sans caillots, sans éléments biliaires, ni crochets (Le Dentu).

La tumeur se reforme; méthode de Récamier, application de caustique et nouvelle ponction (Richet). Mort par péritonite (trocart laissé à

demeure). Autopsie : tumeur rétrogastrique, interhépatogastrique, collection développée « entre les 2 feuillets de l'épiploon gastro-hépatique » (Richet). Péritonite aiguë par rupture des adhérences.

Richet avait fait le diagnostic d'hématome enkysté ayant pour origine un écrasement du foie, compare la tumeur à un anévrysme faux clos par des adhérences.

Obs. VII. — Rendu (*Société anatomique*, 27 février 1880). Résumée.

Il n'est pas fait mention de traumatisme et l'auteur n'en parle pas, même pour en signaler l'absence.

7 juillet 1879. Homme trente-huit ans, cuisinier alcoolique, qui a depuis trois ans des troubles gastriques intermittents, présente en octobre 1879 une tumeur mate, ronde, fluctuante à l'épigastre gauche, tumeur séparée du foie par une zone sonore ; on pense à un kyste hydatique du foie. Ponction 950 cm^3 de liquide trouble brun.

Puis ictère avec décoloration des selles. Le kyste grossit.

Plusieurs ponctions donnant chacune 800 à 900 cm^3 de liquide nettement hémorragique.

On emploie la méthode caustique de Récamier. Ponction nouvelle sur l'escarre produite par la pâte de Vienne. 20 février 1880, grande quantité de sang et de bile. Drainage. Injections phéniquées : il en résulte une péritonite aiguë mortelle. Autopsie, 23 février 1880.

Péritonite diffuse, le drain est dans la cavité péritonéale et non dans le kyste.

Grosse collection rétro-gastrique, hématique occupant l'arrière-cavité des épiploons. Il existe dans le pancréas une masse de caillots comprimant les voies biliaires et ayant l'aspect du cambouis. La collection bombe sur la petite courbure de l'estomac, sa cause reste inconnue.

Obs. VIII. — Leflaive (*in thèse Rouiller*), Paris, 1885. Résumée.

Femme vingt-deux ans, mars 1884. Il n'est pas question de traumatisme dans l'observation. Tumeur (œuf) à l'hypochondre gauche; ponctions, tuberculose pulmonaire.

Mort d'accidents abdominaux, le 23 octobre 1884. Autopsie, poche hématique (caillots noirs), 4 à 5 l. de sang, collection sous le foie, derrière l'estomac, derrière l'épiploon gastro-colique qui est soulevé; tumeur grosse comme une tête de fœtus, indépendante de la rate et occupant l'arrière-cavité. Impossible de trouver l'hiatus de Winslow.

Obs. IX. — Rouiller (*thèse*), Paris, 1885.

Seize ans, maréchal, coup de pied de cheval sur l'hypochondre gauche et les fausses côtes gauches le 13 juillet 1876 : vomissements et douleurs.

Amélioration, fausse guérison avec vomissements intermittents.

Le 29 août le malade découvre qu'il a une tumeur latérale gauche, ronde, mate, élastique, fluctuante? La tumeur arrive à 3 travers de doigt de l'arcade.

Ponction le 9 décembre, 3 l. de liquide café noir; ponction le 20 février 1877 (1 l.) et le 16 avril 1877 (2 l. de même liquide sanglant). Guérison.

Obs. X. — Merigot de *Treigny* (1885) (*Soc. anatomique*).

Homme de vingt-deux ans, entré le 17 août 1885, jockey, a fait plusieurs chutes de cheval et a été piétiné, a découvert il y a six mois une tumeur épigastrique.

Troubles digestifs, voussure de l'ombilic à l'appendice typhoïde, développée à gauche de la ligne médiane. Tumeur lisse, ronde, mobile avec les mouvements respiratoires, séparée du foie par la sonorité gastrique. Ponction : 500 cm³ de liquide brun.

Laparotomie (E. Schwartz) : l'estomac est récliné, ponction de la tumeur au-dessous de la grande courbure (700 cm³), impossibilité d'extirper le kyste. Extériorisation et suture à la paroi.

Mort par péritonite. Autopsie. Kyste rétro-gastrique, situé devant le pancréas : dans l'arrière-cavité des épiploons, cavité lisse et régulière, vacuoles. Péritonite diffuse.

Obs. XI. — Fenger, *Med. Journ.*, avril 1888 (*in Thèse Michel*).

Enfant huit ans. Contusion abdominale par chute de cheval.

8 semaines plus tard : douleurs dans la région ombilicale.

3 semaines après : tumeur épigastrique à croissance rapide. Ponction : liquide sanguin brun, riche en globules déformées.

Laparotomie en 2 temps, 1200 g. de liquide. Guérison.

Obs. XII. — Chew et Cathcart, 1891 (*in Michel*).

Garçon dix-sept ans, tombe sous une voiture qui lui passe sur le ventre le 14 mai, vives douleurs.

Le 20 juillet : tumeur découverte dans le ventre, hypochondre gauche, région lombaire, région ombilicale. Tumeur lisse, dure, mate. Ponction : 500 cm³ sang rouge, collapsus consécutif.

Laparotomie immédiate : il y a dans le ventre du liquide rouge écoulé pendant la ponction, la tumeur est située derrière l'estomac et s'étend dans l'arrière-cavité, très loin, suture de la poche à la paroi. Le liquide et les caillots transforment l'amidon en sucre.

Résultat : inconnu.

Obs. XIII. — Newton Pitt et Jacobson (*in Th. Michel*), (*Lancet*, 1891).

Homme vingt et un ans. Coup de pied de cheval dans l'abdomen en 1886. Douleurs consécutives.

En 1889, ictère, douleurs, vomissements, tumeur mate et globuleuse épigastrique. Ponction en juin 1889, liquide albumineux brun vert. Tumeur rétro-gastrique, amaigrissement.

Laparotomie 22 août 1899 parceque la tumeur s'est reformée après 2 ponctions.

Poche à gauche et en arrière de l'estomac. Drainage. Hémorragie secondaire.

Guérison en un mois.

Obs. XIV. — Littlevood, *Brit. med. Journal* (*Lancet*) (16 avril 1892) (*in Michel*).

Homme trente ans. Chute de cheval et coup de pied de cheval dans le ventre.

En treize jours se développe une tumeur à l'épigastre, ponction, sang noir. Douleurs vives, accroissement rapide de la tumeur pendant sept jours : douleur nouvelle, ponction (300 cm^3 sang).

Laparotomie : poche dans l'arrière-cavité, située entre l'estomac et le côlon transverse.

Incision : caillots. Marsupialisation.

Guérison; liquide renfermant de la trypsine, de l'amylopsine, de la stéapsine.

Obs. XV. — Lloyd Jordan (*Brit. med. Journ.*) (*in Michel*) 12 novembre 1892.

Homme vingt-sept ans, renversé et piëtiné dans une rixe, emprisonné (7 novembre 1891).

Présente des signes d'obstruction pylorique : vomissements répétés sans hématèmes, amaigrissement rapide. Douleurs.

Tumeur mate et ronde à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. Matité postérieure remontant à l'angle de l'omoplate. La matité est séparée du foie par l'estomac. Ponction : 600 cm^3 liquide sanguin qui se reforme rapidement (12 décembre).

Laparotomie (18 décembre 1891), 2 600 cm^3 de liquide sanguin donnant les réactions du suc pancréatique, l'estomac est repoussé en haut. Tumeur rétro-gastrique, au-dessus du mésocôlon devant le pancréas Manupialisation.

Guérison en 7 semaines.

Obs. XVI. — J. Lloyd (*Brit. méd. J.*) id. (*in Michel*).

Homme vingt ans, rixe, renversé, vive douleur (22 mai 1888), vomissements, fièvre, hématémose, crises intermittentes de douleurs et de vomissements.

29 août : tumeur à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, atteignant l'ombilic, matité, tumeur ronde. Disparition intermittente de la tumeur masquée par l'estomac. Ponction.

Laparotomie : liquide brun à flot, mort en quelques heures. Autopsie : péritonite, hématome enkysté dans l'arrière-cavité, pancréas sain, capacité de 2 l.

Obs. XVII. — P. Swain, 4 mars 1893 (*Brit. méd. Journal*).

Homme trente-huit ans, coliques, constipation, pas de trauma connu

(?), tumeur abdominale, disparition des signes fonctionnels qui réapparaissent un mois plus tard. Amaigrissement. Tumeur ronde fluctuante mate sus-ombilicale.

Laparotomie : tumeur bombant entre le foie et l'estomac, trocart : liquide brun renfermant des globules rouges, pas de bile. Marsupialisation de la poche rétro-gastrique.

Guérison en deux mois. Le liquide ne transforme pas l'amidon et n'émulsionne pas les graisses (in Nimier, *Revue chir.*, 1893).

Obs. XVIII. — Schimd Schala, 1892, Greifswald (*in Michel*).

Garçon dix-huit ans, chute violente en arrière sur le rachis, douleurs et vomissements.

Apparition dans la partie gauche du ventre d'une tumeur qui augmente rapidement, amaigrissement.

Tumeur fluctuante dépassant l'ombilic et atteignant la crête iliaque. Laparotomie en 2 temps (2 et 20 août) 200 cm³ de liquide brun. Drainage.

Résultat inconnu.

Obs. XIX. — Brown (*Lancet*, 6 janvier 1894).

Garçon dix-sept ans, tamponné entre une locomotive et un wagon, en mars 1893.

Épanchement liquide dans le ventre à gauche, ponction, 200 cm³ de sang rutilant. 2e ponction.

Le 4 juillet la laparotomie est pratiquée pour douleurs et vomissements.

Kyste rétro-gastrique, incisé à travers l'épiploon, beaucoup de liquide de couleur sombre. Marsupialisation.

Résultat inconnu.

Obs. XX. — Routier, *Soc. de Chirurgie* (12 décembre 1894).

Diagnostic clinique, kyste hématique de l'arrière-cavité, femme trente-cinq ans.

Douleurs depuis trois ans, vomissements, tumeur depuis six mois à l'hypochondre gauche, volumineuse, masquée sous les fausses côtes, débordant la ligne médiane, mate et fluctuante.

Laparotomie médiane sus-ombilicale, tumeur rétro-épiploïque, 1600 cm³ de liquide brun-noir. Adhérences. Marsupialisation.

Mort par péritonite.

Autopsie (Pilliet). Diagnostic opératoire, pseudo-kyste hématique de l'arrière-cavité.

Poche limitée par rate, rein et pancréas, paroi fibreuse, adhérences au rein, la tumeur semble développée aux dépens de la capsule surrénale gauche.

Histologie : paroi interne à grains jaunes avec glandes, boyaux cellulaires, représentant l'architecture de glandes à lumière centrale, pigments bruns, il s'agit de capsule surrénale altérée s'ouvrant dans une cavité hématique (diagnostic histologique).

Kyste hématique central de la surrénale gauche.

Reclus dit en avoir observé un cas analogue (même séance)

Routier ne dit pas s'il y a eu traumatisme antérieur.

Obs. XXI. — Hadra (juillet 1896, *Med. Record*) (*in Michel*).

Enfant neuf ans, chute de bicyclette le 13 août 1895. Choc épigastrique par le guidon. Syncope suivie de vomissements et de douleurs.

Le 6 septembre, tumeur épigastrique ronde, mate, lisse, liquide au-dessus du côlon sonore.

Diagnostic : rupture du pancréas avec hématome de l'arrière-cavité des épiploons. Laparotomie le 9 septembre 1895.

Poche pleine de sang entre le côlon et l'estomac, s'étendant dans la profondeur. Le liquide transforme l'amidon en sucre.

Guérison.

Obs. XXII. — Bichon (*Thèse* Toulouse, 1896); malade d'Hervouët (à Nantes).

Homme de vingt-neuf ans, l'observation ne dit pas s'il y a eu accident antérieur.

Entre le 15 janvier pour une tumeur de l'hypocondre gauche sans douleur, ni fièvre, mais avec un amaigrissement notable. Tumeur ronde et mate entre 2 zones sonores, estomac et côlon. Diagnostic incertain; kyste du mésentère ou hydronéphrose.

Accidents d'obstruction intestinale et mort, non opéré.

Autopsie : 5 l. de sang noir fétide dans une poche développée sous le foie, devant le pancréas, derrière l'estomac, dans la cavité des épiploons. Intestin comprimé et coudé.

Obs. XXIII. — Gross (*Thèse Michel*, Nancy, 1898).

Homme vingt-sept ans, cultivateur; accident en août 1896 : choc dans le flanc gauche par le timon de la voiture à la suite d'un brusque écart du cheval.

Quelques douleurs, le blessé continue à travailler.

Quinze jours après l'accident, apparition d'une tumeur épigastrique grosse comme le poing et qui augmente jusqu'en novembre 1896 et reste stationnaire.

Évolution insidieuse, sauf quelques crises de vomissements bilieux. Entre le 22 février 1897 dans le service du Dr Gross.

Tumeur visible dans l'hypochondre gauche et l'épigastre gauche. Mobile avec les mouvements respiratoires, ovale, s'engageant sous le rebord costal, base du thorax élargie et déformée, la tumeur dépasse la ligne médiane et atteint l'ombilic. Le Traube est mat. Par moment il y a de la sonorité à la partie inférieure de la tumeur, surtout après la distension artificielle de l'estomac.

Tumeur liquide et fluctuante, un froissement de cuir neuf est perçu plusieurs fois.

Diagnostic : tumeur dépendant probablement de la rate et kystique, de nature inconnue. Pas de ponction.

Laparotomie le 3 mars 1897 (Gross), médiane. Estomac refoulé à droite, côlon refoulé en bas, nouvelle incision de la paroi, parallèle à la première et à 8 cm. à gauche, pour donner du jour.

Fixation de la tumeur au péritoine pariétal, ponction : 2 l. 1/2 de liquide brun-noir malaga, rate normale.

Marsupialisation de la poche développée dans l'arrière-cavité des épiploons.

Guérison sans incidents, malade revu en février 1898, a repris ses travaux agricoles, plus de douleurs.

Liquide : alcalin, riche en hématine, réduit la liqueur cupro-potassique.

Obs. XXIV. — Soubbotitch (Belgrade). *Congrès intern. médecine*, 1900.

Femme de vingt-sept ans, 1894 ; contusion (chute) de l'hypochondre en 1892, douleurs.

Tumeur sus-ombilicale, ronde, lisse, mate, élastique, atteignant l'ombilic, dépassant la ligne médiane, disparaissant après insufflation de l'estomac. Mobile avec le diaphragme, grosse comme une tête d'enfant et soulevée par les battements de l'aorte.

Laparotomie le 5 octobre 1894. Tumeur recouverte par le grand épiploon entre l'estomac et le côlon.

Ponction : 1 demi-litre liquide hémorragique, puis marsupialisation.

Mort par péritonite post-opératoire.

Autopsie : Marsupialisation imparfaite faisant communiquer la poche et le péritoine de la grande cavité, poche fibreuse doublée histologiquement d'adhérence inflammatoire, hématome enkysté dans l'arrière-cavité entre estomac et pancréas, 2 cavités kystiques et hématiques dans le pancréas, par dilatation canaliculaire.

Obs. XXV. — Lejars (*Soc. de chir.*, 6 mars 1901 et 7 février 1912).

Homme quarante ans. Entré pour accidents péritonéaux dix jours après une chute violente sur le côté gauche du tronc, s'était d'abord alité puis avait repris son travail. Les accidents et les douleurs ayant réapparu, le malade entre à Beaujon.

Tumeur de l'hypochondre gauche dépassant la ligne médiane, tendue et douloureuse, faciès grippé, mauvais pouls, vomissement.

Laparotomie sur la voussure, poche adhérente à la paroi, quantité considérable de sang et de caillots noirs (cavité dans la région splénique), remontant jusqu'au diaphragme. Rate non explorée, non vue : drainage de la cavité. Guérison.

Rupture splénique ? Cause inconnue. Hémorragie enkystée.

Obs. XXVI. — Terrier (*Id.*, 6 mars 1901), sans détails.

A la suite d'un jet violent de douche sur l'hypochondre, une dame voit se développer une tumeur.

Laparotomie. Énorme collection sanguine sous la capsule de la rate. Incision simple. Évacuation de l'hématome. Guérison.

Obs. XXVII. — Lejars (*Congrès fr. de chirurgie*, 1901, p. 158).

Femme de quarante-trois ans. Kyste hématique péri-splénique?

Traumatisme il y a trois ans : chute et violente contusion dans un escalier. Début des accidents le 30 mai 1900 : douleurs, vomissements, diagnostic de pleurésie diaphragmatique, entre à Tenon chez Menetrier. Voussure de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, dure, rénitente, occupant l'épigastre, avec le contact lombaire et matité postérieure jusqu'à mi-hauteur du poumon gauche.

Ponction : liquide brun louche, état aggravé.

Opération le 5 janvier 1901 (Lejars). Incision lombaire, sur le relief maximum de la tumeur, 1 l. et demi de liquide hématique et de grumeaux noirs, cavité close se prolongeant jusqu'à l'ombilic et la crête iliaque gauche, en haut jusqu'à la rate.

Paroi de la poche mince et fibrineuse. Large drainage.

Guérison, disparition de la fièvre et des vomissements, des douleurs.

En avril, nouvelles douleurs, nouvelle tumeur : débridement du trajet opératoire, nouveau drainage. Guérison définitive.

Liquide onctueux, salivaire, ne digérant pas l'albumine d'œuf, mais digérant les lèvres de la plaie, jusqu'au 27 mai. Guérison.

L'auteur admet qu'il y a eu rupture traumatique de la tête du pancréas, puis hématome enkysté par des adhérences qui se serait résorbé et dans lequel se serait déversé le suc pancréatique, pour constituer un kyste traumatique du pancréas?

Obs. XXVIII. — Jeannel (*Archives médic. de Toulouse*, 1903) (résumée).

Homme vingt-trois ans, entré le 10 avril 1902 pour tumeur épigastrique, suite d'un coup de pied de cheval reçu le 25 décembre 1901, le blessé a pu se relever et marcher. Accidents sans gravité mais ballonnement persistaut. Le cinquième jour on sent une tumeur épigastrique grosse « comme les deux poings »; en 3 semaines, fausse guérison mais persistance de la tumeur, qui diminue de volume.

Tumeur sus-ombilicale mâle, entourée de sonorité, rétro-gastrique, séparée du foie.

Diagnostic : K. traumatique du pancréas. Disparition de la tumeur sous anesthésie au jour fixé pour l'opération (17 avril).

Le 18 avril la tumeur s'est reformée.

Opération le 1er mai. Laparotomie : tumeur coiffée par l'épiploon gastro-côlique, faisant saillie entre le côlon, le duodéum et l'estomac, tumeur de couleur hémorragique : liquide jaune, puis grande quantité de sang, la cavité (peu volumineuse) se prolonge sous la tête du pancréas, « je n'ai donc à aucun moment l'intention d'extirper la poche », dit l'auteur. Incision de l'épiploon gastro-côlique.

Marsupialisation. Guérison. Écoulement consécutif du suc pancréatique?

Obs. XXIX. — Morestin (*Congrès Fr. de chirurgie*), 1904, p. 369. « Hématocèle péri-splénique ».

Homme trente-sept ans. Créole Martinique.

En 1902, coup de poing à l'hypochondre gauche : douleurs vives, peut rentrer chez lui. Douleurs, peut se lever les jours suivants, les douleurs reparaissent, 3 semaines de lit.

Au bout d'un mois, une tumeur se développe sous le rebord costal gauche. Amaigrissement.

En 1903, tumeur énorme, gauche, atteignant le bord externe du grand droit du côté droit. Tumeur ronde, fluctuante, indolore, mate (jusqu'à la bi-côte).

Diagnostic : kyste de la rate.

Laparotomie le 15 août 1903. Pseudo kyste adhérant à la paroi : liquide hématique très abondant, « en torrent ». Plusieurs litres (8 ou 9 l.), fibrine, caillots, bouillie ocreuse, comme dans une vieille hématocèle. Poche atteignant le diaphragme. *Collection limitée par des adhérences* et un processus de défense du péritoine *sans paroi propre* : simple drainage de la cavité, tamponnement.

Guérison (la rate n'a pas été vue). *Suites* : fistule persistante en décembre 1903, pus. Deuxième intervention : *rate* explorée, volumineuse; *cicatrice étoilée*, avec amas fibrineux, nettoyage, résection du rebord costal. Drainage. Guérison en juillet 1904.

Obs. XXX. — Rose (voir Guinard, *Soc. chir.*, 3 juin 1908).

Laparotomie.

Tumeur épigastrique au quatorzième jour d'un traumatisme de la région. Poche rétro-gastrique qui renfermait 4 l. et demi de sang, de caillots et de pus (plaie face postérieure de l'estomac).

Résultat inconnu.

Obs. XXXI. — R. Picqué (*Bull. soc. chirurgie,* 3 juin 1908).

Enfant de treize ans. Chute de bicyclette, fracture clavicule, contusion de l'abdomen, ventre douloureux, couché en chien de fusil, signe de péritonite qui s'enkyste? Péritonite sous-phrénique.

Laparotomie le sixième jour : collection de pus et de sang dans l'arrière-cavité par rupture du pancréas dont un fragment est enlevé. Drainage.

Guérison.

Obs. XXXII. — Schwartz, *in Thèse de Guy*, Paris, 1902, et (17 juin 1908, *Soc. chir.*).

Homme de vingt-sept ans, écrasé entre un arbre et un timon de voiture (5 octobre 1901), perd connaissance.

Vingt jours après, douleurs et nausées sans vomissement, ventre tendu à gauche.

Vu le 25 octobre 1901 : voussure épigastrique et hypochondrique gauche, mate, douloureuse.

Opéré le 21 novembre : poche dans l'arrière-cavité des épiploons derrière l'estomac, liquide d'abord clair, puis brun foncé (amylase trypsine et ferments pancréatiques).

Marsupialisation. Fistule fermée en février 1902, rouverte, refermée en avril 1902 (suc pancréatique presque pur).

Guérison en six mois.

Obs. XXXIII. — Schwartz, *Soc. chir.* (*ibidem*).

Palefrenier dix-neuf ans, 20 février 1903. Coup de pied de cheval : épigastre, vives douleurs immédiates, vomissements le lendemain. Apparition d'une tumeur épigastrique mate et liquide.

Ponction le 14 mars, liquide louche brun. Amaigrissement marqué.

Laparotomie le 31 mars 1903 : la collection est sous-hépatique, épanchement rétro-gastrique, recouvert par l'épiploon gastro-hépatique. Liquide brun renfermant les ferments pancréatiques des peptones : violet par adjonction d'eau bromée, sang reconnaissable à l'œil nu.

Marsupialisation. Fistule.

Guérison en trois mois et demi.

Obs. XXXIV. — Noever, 1908 (*Soc. belge de Chirurgie*).

Jeune homme. Chute de 6 mètres, vomissement pendant trente-six heures, vives douleurs à gauche pendant six semaines, puis disparaissent. En même temps apparaît une tumeur (hypochondre gauche). Hématome enkysté arrière-cavité (pancréas). Guérison.

Obs. XXXV. — Savariaud (16 juin 1909, *Soc chir.*).

Homme trente-neuf ans. Multiples contusions, contusion abdominale, chemin de fer, pouls petit, ventre contracté, douleurs, pâleur (7 novembre 1907).

Guérison apparente en quinze jours. Exeat, mais plus tard les douleurs réapparaissent avec vomissements. Amaigrissement, le malade revient à l'hôpital le 1er février 1908 avec une tumeur kystique de l'abdomen, mate, ronde, fluctuante, sus-ombilicale, rétro-gastrique et comprimant l'estomac (vomissements).

Diagnostic : collection bilieuse. Opéré le 1er février 1908 : kyste sous-hépatique, derrière le petit épiploon, liquide s'écoulant à flot d'une poche rétro-gastrique : liquide de couleur d'urine (une ponction aurait perforé l'estomac), 1 l. et demi de liquide dans l'arrière-cavité des épiploons, il vient un liquide sanguinolent.

Marsupialisation, drain : liquide sanguinolent les jours suivants. Le drain étant enlevé, il se fait une rétention qui nécessite la mise dans la poche d'un nouveau drain. Liquide réduisant l'amidon en glycose, les albuminoïdes, liquide très alcalin, fistule pancréatique.

Guérison de la fistule par le régime diabétique.

Obs. XXXVI. — Blanc et Porte (*Loire médicale*, p. 438-440, 1907).

Enfant de douze ans, berger; coups de corne de taureau à l'épigastre le 13 juillet 1907.

Apparition d'une tumeur épigastrique avec vomissements.

Laparotomie le 28 août 1907. Découverte de la tumeur qui est masquée par l'épiploon gastro-côlique et développée dans l'arrière-cavité, 4 à 5 l. de liquide citrin-rosé, tumeur intergastrocôlique. Marsupialisation de la poche de l'arrière-cavité.

Guérison en cinq mois, après légers accidents de rétention et nouveau drainage.

Obs. XXXVII. — Villar et Canaguier (*Jour. de Méd.* de Bordeaux, p. 219, 1908), présentent le malade : quinze ans et demi.

Tumeur depuis quinze jours. Ruade de cheval et contusion épigastrique il y a trois mois. Contusion assez sérieuse avec symptômes immédiats assez graves, qui se sont amendés et ont disparu.

Fausse guérison.

Apparition d'une tumeur dont le malade s'aperçoit en constatant que son pantalon est devenu trop étroit.

Tumeur ronde, lisse, fluctuante, sus-ombilicale rétro-gastrique, masquée par la distension de l'estomac.

Radioscopie : le diaphragme gauche est immobile et repoussé en haut.

Diagnostic : collection liquide de l'arrière-cavité, peut-être hydatique (berger des Landes), ou probablement pancréatique, pseudo-kyste? hématome? M. Villar se dispose à faire une laparotomie. Pas d'autres renseignements sur le malade, qui est vraisemblablement le même que celui de l'observation XXXVIII.

Obs. XXXVIII. — Villar, *Congrès de Chirurgie*, 1910.

Jeune homme de seize à dix-sept ans, opéré il y a un ou deux ans.

Traumatisme abdominal antérieur.

Tumeur sus-ombilicale encadrée de sonorité.

Diagnostic : kyste traumatique de l'arrière-cavité.

Laparotomie : poche interhépatogastrique renfermant du liquide clair. Guérison.

Obs. XXXIX. — Observation inédite (*Archives du Professeur Jeannel*).

Femme de trente-huit ans. Entrée à l'hôpital, service de Jeannel, le 15 décembre 1909, pour une tumeur abdominale.

Il y a six mois, la malade a fait une chute dans un escalier, a roulé 20 marches, a pu se relever, mais a gardé le lit. Un mois après des douleurs du côté gauche et de l'abdomen apparaissent : intermittentes, douleurs vives. Le ventre a grossi et la malade a découvert l'existence d'une tumeur il y a huit jours. Un médecin a diagnostiqué kyste de l'ovaire.

Examen. Tuméfaction du flanc gauche et de l'hypochondre gauche.

Tumeur rénitente, ferme, élastique régulière, ronde, indolore, mate, encadrée de sonorité, contact lombaire, pas de troubles digestifs. La tumeur, mobile, devient médiane dans le décubitus latéral droit, cathétérisme des uretères (ne révèle rien d'anormal), un peu d'albumine.

Diagnostic : kyste traumatique du pancréas.

Opération, 23 décembre 1909. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Tumeur liquide, comme le poing, très *adhérente* aux viscères, 1 l. de liquide *hématique* à l'aspiration. Poche d'aspect fibreux. Extirpation *impossible*, drainage simple de la cavité, abondant écoulement de liquide *hématique*.

Guérison rapide, complète. Exeat le 18 janvier 1910.

Obs. XL. — F. Hüe (*in thèse Couture*, 1910).

Homme vingt-huit ans. Chute de bicyclette (brancard de voiture) le 27 novembre 1909, projeté sur le sol, peut rentrer à pied chez lui.

Choc épigastrique, vomissements, douleurs le 24 décembre, selle noire marc de café.

En un mois, apparition d'une tumeur sur le point contus, épigastre ; tumeur ronde, rénitente, mate, encadrée de sonorité.

Ponction : liquide louche.

Laparotomie le 31 décembre.

Tumeur de l'arrière-cavité, bombant entre côlon et estomac.

Marsupialisation de la poche, liquide d'aspect ascitique.

Suites : parotidite double, sialorrhée.

Drainage par un long tube dans un récipient, 400 cm³ par jour, liquide poisseux, louche, renfermant du suc pancréatique, alcalin, attaquant l'albumine cuite et transformant l'amidon en sucre, fistule guérie le 14 janvier 1910.

Guérison.

Obs. XLI. — Auvray (*Congrès de Chirurgie* et *Gaz. hôpit.*, 1910, 29 novembre).

Femme de quarante ans, 27 avril 1910, accident. Chute sur le trottoir, sur les genoux, avec contusion de l'abdomen par choc direct. Ecchymoses, douleurs.

Pas d'incidents le 28 et le 29.

Le 30 avril : violente douleur lombaire atroce, paroxystique, bien localisée.

1er mai : douleur vive lombaire, persistante, s'étend au flanc droit.

2 mai : vomissements et constipation, le ventre grossit rapidement.

Entre le 9 mai 1910. L'amaigrissement est considérable, facies excavé, voussure du flanc droit. Tumeur avec ballottement, flanc et hypochondre, non douloureuse au palper, sonorité autour de la tumeur mate, 144 puls., 37,2. Occlusion intestinale aiguë.

Opération le 9 mai au soir (urgence). Collection occupant l'arrière-

cavité des épiploons, derrière l'épiploon gastro-côlique ; issue de liquide ayant l'aspect de l'eau claire, par une éraillure de la paroi de la poche, puis hémorragie accidentelle de la paroi de la poche.

Marsupialisation et drainage, 1 vomissement fécaloïde post-opératoire.

Guérison, le drain donne un liquide albumineux neutre, ni sucre, ni ferment pancréatique.

Obs. XLII. — Sante Solieri (*Journal de Chirurgie*, janvier 1911, p. 102). « K. hématique de la rate ?? »

Homme de quarante-huit ans, a eu la typhoïde paludéenne splénomégatique. Présente un état d'anémie, par hémorragie interne et une tumeur de l'hypochondre gauche du flanc gauche, dépassant la ligne médiane. Tumeur mate, fluctuante, arrondie, élastique, avec dilatation des veines sous-cutanées.

Laparotomie, tumeur sanguine lisse et vasculaire, grande quantité de sang et dépôts fibrineux, vestiges de rate ? Splénectomie impossible.

Marsupialisation de la poche, qui adhère à l'estomac, à l'intestin et au diaphragme. Tamponnement.

Guérison; fragment de la poche examiné : fibreux conjonctif fasciculé, peu de vaisseaux, peu de cellules, amas fibrineux pas de revêtement épithélial à l'intérieur de la poche.

Rupture d'une rate malade ??...

L'auteur ne parle pas de traumatisme.

Obs. XLIII. — Walther (*Soc. de Chirurgie*, juillet 1911 et *thèse Lévêque*, 1911).

Homme de quarante-cinq ans. Accident de bicyclette le 11 avril 1909. Renversé par une voiture, fracture de la 6e côte sans hémoptysie, épanchement pleural post traumatique.

En six semaines (20 mai) se forme et apparait une tumeur abdominale de la région sus-ombilicale gauche.

Entre à la Pitié, le 31 mai 1909. Tumeur de l'hypochondre gauche, de l'épigastre, s'enfonçant sous le rebord costal, atteignant la fosse iliaque gauche. Tumeur arrondie, lisse, régulière, mate, rénitente, élastique, sans encoche, mobile avec les mouvements respiratoires, la tumeur descend jusqu'à l'arcade crurale gauche. Amaigrissement considérable.

L'analyse des urines et l'examen du thorax n'apprennent rien d'intéressant, quelques ganglions perceptibles dans les régions ganglionnaires. On pense à un kyste hydatique. Réaction du Weinberg, douteuse.

Apparition d'une zone sonore côlique devant la tumeur, sous le rebord costal. Pas de ballottement ni de contact lombaire.

Diagnostic incertain : kyste de la rate ou du pancréas, kyste hydatique ?

Opération le 16 juin 1909. Volumineuse tumeur rétro-péritonéale : l'estomac est au pôle supérieur, le côlon passe en écharpe devant la tumeur. Ponction : 4 l. de sang brun, incision de la poche. Le pancréas est

intact. La cavité formée repousse le diaphragme en haut vers la 5e côte.

Suture partielle de la poche, drainage. Guérison parfaite.

Malade revu en 1911. Excellent état local et général.

Il a été impossible de découvrir le point de départ de l'hémorragie.

Obs. XLIV. — Professeur Mériel, leçon de 1910. *Bulletin Médical*, 26 août 1911 (*in Cliniques de l'Hôtel-Dieu* de Toulouse, chez Baillère, 1915).

Ouvrier de l'arsenal de Toulouse, quarante-sept ans. Accident 4 mars 1910, violente contusion épigastrique par une perche prise dans une courroie de transmission. Le blessé perd connaissance et accuse ensuite une vive douleur locale.

Soigné à domicile, rougeur du point contus, pas de tuméfaction immédiate, sensibilité sus-ombilicale, état nauséeux sans vomissements ni hématurie, 114 pulsations, 38,5.

Douleur et dépense localisées pendant cinq jours.

Le sixième jour (10 mars), vomissements sans constipation, 38,5.

M. Mériel voit le blessé le 17 mars (12e jour).

39,6, 115 pulsations, ventre non ballonné mais voussure sus-ombilicale médiane, douloureuse au palper et semblant tenir dans la profondeur quand on essaie de la mobiliser. Matité partout, encadrée de sonorité intestinale gastrique à gauche et en bas, matité confondue à droite avec celle du foie, pas de fluctuation, léger œdème local.

On pense soit à un hématome de la gaine du grand droit, soit à une déchirure du foie, soit à un épanchement profond enkysté.

Subictère, avec aggravation de l'état général les jours suivants : 120 pulsations, lipothymies. Une intervention est proposée et pratiquée le 23 mars (20e jour) : gangue demi-molle fusionnant la paroi aux viscères, un jet de sang noir s'écoule de la collection hématique ouverte, brèche agrandie avec le doigt, caillots et liquide chocolat (140 cm^3 environ de liquide). La collection est rétro-gastrique et occupe l'arrière-cavité des épiploons. Drainage de la cavité.

Suites : aucun incident local. Mort par pneumonie droite, le cinquième jour après l'opération.

Pas d'autopsie (opposition).

Obs. XLV. — Crescenzi (Florence) (*Journal de chirurgie*, 1912, août, p. 197).

Homme quarante-trois ans. Choc épigastrique violent : pas de signes immédiats de contusion grave.

Dans les jours qui suivent : tension épigastrique, douleurs.

En un mois : grosse tumeur (tête d'enfant) au-dessus de l'ombilic : régulière, lisse, ronde, mate, médiane, résistante, rétro-gastrique.

Diagnostic : pseudo kyste hématique de l'arrière-cavité. La tumeur ne peut être rapportée ni au rein, ni au foie, ni à l'estomac, ni à la rate, ni à l'intestin, ni au pancréas. Dilatation des veines sous-cutanées.

Ponction (3e mois), liquide hématique sans ferments pancréatiques, ni pigments biliaires.

Laparotomie : évacuation de 3 l. de liquide séro-hématique. Marsupialisation.

Guérison en un mois.

Obs. XLVI. — Chiarugi (Sienne) (*in Journal de chirurgie*, janvier 1913, p. 91).

Homme trente-cinq ans, reçoit un lourd baril sur le ventre, signes immédiats de contusion grave, puis amélioration.

Fausse guérison en un mois : reprend son travail. Amaigrissement et douleurs épigastriques un an après l'accident.

Cachexie. Tumeur sus-ombilicale mate, douloureuse. Diagnostic : pancréatite traumatique.

Laparotomie (rachianesthésie), tumeur (tête de fœtus) qui bombe entre l'estomac et le côlon, fluctuante. Incision : masse brune, friable, névrose du pancréas, craintes d'hémorragie. Drainage de la cavité. Écoulement de débris sphacélés et de suc pancréatique actif sur les graisses, les hydrates de carbone, fistule tarie en trois mois.

Guérison : le malade engraisse de 46 à 70 kilos.

Obs. XLVII. — Delfino (Gênes) (*Journal de chirurgie*, mai 1913, p. 599).

Homme de quarante-six ans; traumatisme abdomimal grave à dix-sept ans. Présente de l'amaigrissement, des vomissements et des douleurs.

Tumeur (tête de fœtus) à l'ombilic et à l'hypochondre gauche, indépenpante du foie et de la rate, masquée par l'insuflation de l'estomac, lisse et mate, mobile. Kyste péri-pancréatique.

Laparotomie. Collection sanguine intergastro-côlique sous l'épiploon, enkystée, dit l'auteur, dans le méso côlon transverse (?) Extirpation impossible. Marsupialisation.

Guérison sans incidents, sans fistule. Pas de suc pancréatique dans le liquide hématique.

Un fragment de poche, réséqué, est examiné : *pas de revêtement épithélial.*

La collection n'avait avec le pancréas que des rapports de contiguité.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

1. Fourcade, 1829, pas d'intervention. Mort.
2. Jobert de Lamballe, 1834, incision. Guérison.
3. Simon, 1858, pas d'intervention. Mort (choléra).
4. Le Dentu, 1865, caustiques, ponction. Mort.

5. Chayron, 1877, 2 ponctions. Guérison.
6. Piéchaud (Richet), 1877, caustiques, ponctions. Mort.
7. Rendu, 1880, caustiques, ponction. Mort.
8. Leflaine, 1884, ponction. Mort.
9. Rouiller, 1885, ponctions. Guérison.
10. Merigot de Treigny, 1885, laparotomie. Mort.
11. Fenger, 1888, laparotomie. Guérison.
12. Chew Cathcart, 1891, laparotomie. ?
13. Pitt Jacobson, 1891, laparotomie, drainage. Guérison.
14. Littlevood, 1872, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
15. Lloyd Jordan, 1892, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
16. Lloyd, 1888 (?), laparotomie. Mort.
17. Swain, 1893, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
18. Schmid Schala (1892), laparotomie, drainage. ?
19. Brown, 1894, laparotomie, marsupialisation. ?
20. Routier 1894, laparotomie, marsupialisation. Mort.
21. Hadra, 1896, laparotomie. Guérison.
22. Bichon, 1896, pas d'intervention. Mort.
23. Gross, 1897, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
24. Soubbotich, 1900, laparotomie, marsupialisation. Mort.
25. Lejars, 1901, laparotomie, drainage. Guérison.
26. Lejars, 1901, laparotomie, drainage. Guérison.
27. Jeannel, 1903, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
28. Morestin, 1904, laparotomie, drainage. Guérison.
29. Rose, 1908, laparotomie. ?
30. R. Picqué, 1908, laparotomie, drainage. Guérison.
31. Schwartz, 1902-1908, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
32. Schwartz, 1903, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
33. Nœver, 1908, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
34. Savariaud, 1909, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
35. Blanc et Porte, 1907, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
36. Villar-Canaguier, 1908, laparotomie. Guérison.
37. Villar (même malade?) id.
38. Jeannel, 1909, laparotomie, drainage. Guérison.
39. Hüe, 1910, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
40. Auvray, 1910, marsupialisation. Guérison.
41. S. Solieri, 1911, marsupialisation. Guérison.
42. Walther, 1911, laparotomie, drainage. Guérison.
43. Mériel, 1911, laparotomie, drainage. Mort (pneumonie).
44. Crescenzi, 1912, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
45. Chiarugi, 1913, laparotomie, drainage. Guérison.
46. Delfino, 1913, laparotomie, marsupialisation. Guérison.
47. Miginiac, 1919, laparotomie, drainage. Guérison.

OUVRAGES CONSULTÉS

Augagneur, *Thèse d'Agrég.*, Paris, 1886. Tumeurs du mésentère.
Auvray, *Congrès de Chirurgie*, 1910; *Gaz. des Hôpitaux*, 29 nov. 1910.
Bichon, *Thèse Toulouse*, 1896.
Blanc et Porte, *Loire médicale*, 1907 (p. 438-440).
Cecherelli et Bœckel, *Congrès international de Médecine*, 1900.
Couture, *Thèse de Paris*, 1910. Pseudo kystes du pancréas.
Dambrin, Épanchements uréo-hématiques périrénaux (*Archives méd. de Toulouse*, 1er mars 1912).

A. Guinard, *Soc. de Chirurgie*, 1908 (juin). Rapport sur une observation de Picqué.
Gúy, *Thèse de Paris*, 1902. Pseudo kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons.
Jeannel, *Archives méd. Toulouse*, 1903. Kyste traumatique du pancréas.
Lejars, février 1912, *Soc. de Chirurgie*.
Levêque, *Thèse Paris*, 1911. Kystes sanguins du mésentère et de l'arrière-cavité (bibliographie complète).
Mauclaire et Desarnauld, *Soc. anatomique*, 1902.
Mériel, *Clinique chir. de l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, Baillère, 1915.
Michel, *Thèse Nancy*, 1898. Hématomes enkystés, arrière-cavité épiploons (bibliographie complète).
Nimier, *Revue Chirurgie*, 1893. Chirurgie du pancréas.
R. Picqué, *Soc. Chirurgie*, 3 juin 1908.
Potherat, *Soc. anatomique*, 1891, p. 202.
Quénu, Hématomes sous-phréniques (*Bull. Soc. Chir.*, 9 février 1912).
Rendu, *Soc. anat.*, février 1880.
Richet, *Cliniques in Union médicale*, 17-24 juillet 1877.
Rouiller, *Thèse Paris*, 1885. Kystes hématiques du péritoine.
Savariaud, *Soc. de Chirurgie*, 1909, 16 juin.
Souligoux, Hématomes sous-phréniques, *Bull. Soc. Chir.*, 10 janvier 1912, 13 février 1912 et 26 mai 1914.
Schwartz, *Soc. de Chirurgie*, 17 juin 1908.
Terrier-Lecène, Les grands kystes de la capsule surrénale (*Revue de Chirurgie*, 1906).
Timbal, *Revue Chirurgie*, 1910, nos 1 et 2, Kystes sanguins du mésentère (bibliographie complète).
Traités de Chirurgie, Duplay-Reclus, Le Dentu-Delbet.
Traités de Médecine, Charcot-Bouchard, Brouardel-Gilbert.
Villar, *Rapport Congrès de Chirurgie*, 1905.
Villar, *Congrès de Chirurgie*, 1910.
Villar et Canaguier, *Journal de Méd. de Bordeaux* (1908, p. 219).
Walther, *Soc. de Chirurgie*, 1911 (juillet).

TABLE DES MATIÈRES